

N. 1/2017



**A.S.L. V.C.O.**

*Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola*

RELAZIONE  
IN MERITO AGLI OBIETTIVI ECONOMICO-GESTIONALI,  
DI SALUTE E DI FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI ASSEGNATI AL  
DIRETTORE GENERALE PER L'ANNO 2016  
CON  
D.G.R. N. 30-3307 DEL 16.5.2016

14 Febbraio 2017

# INDICE

	Descrizione obiettivo	Pag.
	<b>Premessa</b>	<b>3</b>
<b>Ob. 1.1</b>	Piano di riduzione SC ospedaliera e non ospedaliera	<b>4</b>
<b>Ob. 1.2</b>	Centralizzazione delle chiamate di C.A.	<b>9</b>
<b>Ob. 2.1</b>	Tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	<b>10</b>
<b>Ob. 3</b>	Fondo di riequilibrio: Attuazione Piano di efficientamento da Fondo di riequilibrio	<b>12</b>
	Bilancio preventivo economico annuale e Bilancio di verifica al 1° marzo: osservazioni	<b>19</b>
<b>Ob. 4</b>	Umanizzazione: valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle strutture di ricovero delle ASR	<b>21</b>
<b>Ob. 5.1</b>	Rete laboratorio analisi: Hub & Spoke	<b>23</b>
<b>Ob. 5.2</b>	Rete laboratorio analisi: gare centralizzate	<b>24</b>
<b>Ob. 6</b>	Piano di assistenza territoriale (PAT)	<b>24</b>
<b>Ob. 7.1</b>	Tempestività interventi di frattura femore > 65	<b>27</b>
<b>Ob. 7.2</b>	Proporzione parti con taglio cesareo primario	<b>27</b>
<b>Ob. 7.3</b>	Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI	<b>28</b>
<b>Ob. 8</b>	Assistenza farmaceutica: assistenza farmaceutica territoriale ed ospedaliera. Appropriately prescrittiva e riduzione della variabilità	<b>28</b>
<b>Ob. 9.1</b>	Dipartimento funzionale interregionale interaziendale di rete oncologica	<b>34</b>
<b>Ob. 9.2</b>	Screening oncologici - Prevenzione serena	<b>35</b>
<b>Ob. 10</b>	Rete trapianti: Incremento donazioni d'organo	<b>37</b>
<b>Ob. 11</b>	GdP Antincendio e Antisismica: rispetto della normativa antincendio e antisismica	<b>38</b>
	<b>Allegati (da n. 1 a n. 34)</b>	<b>39</b>

## Premessa

Con la DGR n. 30-3307 del 16.5.2016 sono stati assegnati gli obiettivi economico gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali delle aziende sanitarie ai fini del riconoscimento della quota integrativa al trattamento economico per l'anno 2016, riportati nell'allegato A della medesima deliberazione, ed elencati nella tabella di seguito riportata.

<b>OBIETTIVI ASSEGNATI AI DIRETTORI GENERALI PER L'ANNO 2016 CON DGR N. 30 - 3307 DEL 16.5.2016</b>		<b>Peso</b>
<b>Ob. 1</b>	Rete H-T	
<b>Ob. 1.1</b>	Piano di riduzione SC ospedaliera e non ospedaliera	<b>10</b>
<b>Ob. 1.2</b>	Centralizzazione delle chiamate di C.A.	<b>2</b>
<b>Ob. 2</b>	Tempi di attesa	
<b>Ob. 2.1</b>	Tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	<b>15</b>
<b>Ob. 3</b>	Fondo di riequilibrio: Attuazione Piano di efficientamento da Fondo di riequilibrio	<b>12</b>
<b>Ob. 4</b>	Umanizzazione: valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle strutture di ricovero delle ASR	<b>5</b>
<b>Ob. 5</b>	Rete Laboratori Analisi	
<b>Ob. 5.1</b>	Rete laboratorio analisi: Hub & Spoke	<b>5</b>
<b>Ob. 5.2</b>	Rete laboratorio analisi: gare centralizzate	<b>5</b>
<b>Ob. 6</b>	Piano di assistenza territoriale (PAT)	<b>10</b>
<b>Ob. 7</b>	Esiti	
<b>Ob. 7.1</b>	Tempestività interventi di frattura femore > 65	<b>3</b>
<b>Ob. 7.2</b>	Proporzione parti con taglio cesareo primario	<b>3</b>
<b>Ob. 7.3</b>	Tempestività nell'effettuazione di PTCA	<b>3</b>
<b>Ob. 8</b>	Assistenza farmaceutica: assistenza farmaceutica territoriale ed ospedaliera. Appropriatelyzza prescrittiva e riduzione della variabilità	<b>10</b>
<b>Ob. 9</b>	Rete oncologica	
<b>Ob. 9.1</b>	Dipartimento funzionale interregionale interaziendale di rete oncologica	<b>4</b>
<b>Ob. 9.2</b>	Screening oncologici - Prevenzione serena	<b>5</b>
<b>Ob. 10</b>	Rete trapianti: Incremento donazioni d'organo	<b>5</b>
<b>Ob. 11</b>	GdP Antincendio e Antisismica: rispetto della normativa antincendio e antisismica	<b>3</b>
	<b>Totale peso assegnato da Regione</b>	<b>100</b>

Nel corso dell'anno 2016 la Regione ha convocato le aziende sanitarie per area omogenea di programmazione (AOU Maggiore della Carità di Novara, ASL Novara, Asl Biella, Asl Vercelli, Asl Verbano Cusio Ossola), ed ha organizzato N. 3 incontri di monitoraggio degli obiettivi assegnati ai Direttori Generali, incontri ai quali l'ASL VCO ha partecipato ovvero: il 30 giugno, il 29 settembre, il 15 dicembre 2016. Nel corso degli incontri i Direttori Generali hanno relazionato in merito: - alle azioni intraprese per raggiungere gli obiettivi assegnati; - ai dati intermedi di raggiungimento, esplicitando la propria valutazione di raggiungibilità degli stessi ed eventuali cause ostacolanti.

Con riferimento agli obiettivi, sopra riportati, assegnati al Direttore Generale per l'anno 2016, si predispose la relazione finale circa il grado di perseguimento degli stessi.

**Obiettivo 1.1: Implementazione del Piano di riduzione delle SOC Ospedaliere e non Ospedaliere in coerenza con gli Atti Aziendali**

## 1. Premessa

- L'ASL VCO, con deliberazione n. 429 del 12.11.2015, ha adottato l'atto aziendale, recepito dalla Regione con DGR n. 53-2487 del 23.11.2015.
- In conformità a quanto disposto con la DGR n. 12-2021 del 5.8.2015 (di assegnazione degli obiettivi ai Direttori Generali delle aziende sanitarie per l'anno 2015) e con l'atto aziendale, l'Azienda ha provveduto:
  - a redigere e adottare, come previsto nell'atto aziendale, il Piano di riduzione delle SOC, con atto deliberativo n. 516 del 29.12.2015;
  - a disattivare, entro il 31 dicembre 2015, n. 6 Soc, di cui n. 3 Soc ospedaliere e 3 SOC non ospedaliere (come meglio precisato al punto 2, di seguito riportato).

La Regione, con DGR n. 30-3307 del 16.5.2016, nell'assegnare gli obiettivi ai Direttori Generali delle aziende sanitarie per l'anno 2016, con l'obiettivo 1.1 ha richiesto, in linea con l'atto aziendale e con il Piano di riduzione delle Soc: - di disattivare al 100% le Soc ospedaliere e non ospedaliere (di cui il 50% da disattivare entro il 1° maggio 2016), nonché - di procedere alla piena implementazione dell'atto aziendale nel suo complesso.

L'azienda ha agito in conformità a quanto richiesto con la citata DGR n. 30-3307/2016. **Al paragrafo 2 si descrivono le azioni messe in atto e gli atti deliberativi adottati.**

## 2. Descrizione delle azioni messe in atto e dei risultati raggiunti al 31.12. 2016

### **Piano di riduzione delle Soc ospedaliere e non Ospedaliere**

Con riferimento al Piano di riduzione delle Soc, adottato con la deliberazione n. 516 del 29.12.2015 **(All. 1, 1a)**, **l'Asl VCO ha provveduto:**

- a disattivare, con il citato atto n. 516, ed entro il dicembre 2015, n. 6 Soc, di cui n. 3 Soc ospedaliere e 3 Soc non ospedaliere. (Di fatto, la Regione, con la DGR n. 12-2021/2015, chiedeva di ridurre solo 2 Soc entro il 31 dicembre 2015 e, complessivamente, n. 7 Soc entro il 31 maggio 2016).

**Soc ospedaliere disattivate:** Soc Malattie Infettive - Soc SIMT Servizio Immunoematologia Trasfusionale - Soc Centro produzione emocomponenti.

**Soc non ospedaliere disattivate:** - Soc Veterinario Area B - Soc Veterinario Area C; - Soc SISP-Igiene e Sanità Pubblica.

Si tratta di strutture (e ciò vale sia per le Soc ospedaliere sia per quelle non ospedaliere) i cui Direttori sono cessati per pensionamento e le funzioni sono state assegnate a Dirigenti medici titolari di incarico di sostituzione ex art. 18 CCNL 8.6.2000 e smi. Tutte le Soc indicate (escluso la Soc Centro produzione emocomponenti, inattiva) sono state ricondotte a Strutture semplici dipartimentali.

In via transitoria, al fine di assicurare la continuità nelle attività delle 5 strutture mantenute attive, l'incarico di sostituzione di responsabile delle Sos Dipartimentali è stato assegnato, ai sensi dell'art.

18 del CCNL 8.6.2000 e smi, ai Dirigenti già incaricati delle funzioni sostitutive nelle Soc preesistenti, sulla scorta della precedente valutazione comparata dei curricula. Dalla disattivazione delle 5 SOC ne è derivato, ad esclusione del personale del comparto che è in carico, a tutt'oggi, al SITRPO, per il restante personale dell'area della dirigenza sanitaria (dirigenti medici/biologi) l'assegnazione ai Responsabili delle Sos dipartimentali di rispettiva afferenza.

- a disattivare, entro il 1° maggio 2016, con atto n. 164 del 29.4.2016 (All. 2), la Struttura complessa Cure Palliative e terapia del dolore. Ciò in applicazione della D.G.R. n. 12-2021 del 5.8.2015 che ha previsto, entro il 1° maggio 2016, la disattivazione di n. 7 Soc (di cui n. 2 entro il 31.12.2015). L'Azienda, avendo già disattivato n. 6 Soc al dicembre 2015, ha provveduto, in data 29 aprile, a disattivare la rimanente struttura. Si tratta della Soc Cure Palliative e terapia del dolore che è stata ricondotta a struttura semplice con la denominazione di "Cure palliative e Hospice", che andrà ad afferire, in conformità al vigente atto aziendale, alla Soc "Gestione Attività Territoriali". In via transitoria, al fine di assicurare la continuità nell'attività della struttura, è stato individuato come referente della Struttura semplice il Dr. Marco Tappa, già Direttore della Soc Cure Palliative e terapia del dolore. Si è inoltre previsto, ad esclusione del personale del comparto che è in carico, a tutt'oggi, al SITRPO, per il restante personale dell'area della dirigenza sanitaria, l'assegnazione al Referente della Sos Cure palliative ed Hospice.

I Funzionari Regionali, Dr.ssa Zandonà e Dr. De Micheli, il giorno 5 maggio 2016, hanno effettuato una verifica sul campo, constatando la corretta applicazione di quanto disposto con la citata DGR n. 12-2021/2015.

- a disattivare, entro il 31.12.2016, così come previsto nel Piano di riduzione delle Soc approvato con la citata deliberazione n. 516/2015, tutte le restanti Soc previste nel Piano con apposito atto deliberativo, ovvero:

<p>Deliberazioni e n. 362 del 22.9.2016 <b>(All. 3)</b></p>	<p>Con tale deliberazione si è preso atto che, con il vigente atto aziendale, nell'ambito del processo di ristrutturazione aziendale, si è previsto, con deliberazione n. 516 del 29.12.2015, già richiamata, nell'area di supporto non sanitario, la riduzione di n. 10 Strutture Complesse ovvero:</p> <p>1. Gestione risorse umane - 2. Gestione delle attività di supporto direzionale - 3. Gestione delle risorse economiche finanziarie - 4. Gestione delle forniture e logistica - 5. Gestione infrastrutture e tecnologie biomediche - 6. Gestione tecnologie informatiche di comunicazione del sistema informativo - 7. Gestione budget e controllo - 8. Servizio Prevenzione e protezione - 9. Gestione affari generali - 10. Gestione affari legali e patrimoniali.</p> <p style="text-align: center;"><b>Le 10 Soc sono state ridotte a 4 ovvero:</b></p> <p>1. Soc Affari Generali, Legali ed Istituzionali (il Direttore della nuova struttura è stato nominato, previo indizione di avviso di selezione interna per titoli e colloquio orientativo, con deliberazione n. 340 del 19.8.2016);</p> <p>2. Soc Gestione Personale e Formazione (il Direttore della nuova struttura è stato nominato, previo indizione di avviso di selezione interna per titoli e colloquio orientativo, con deliberazione n. 338 del 19.8.2016);</p>
---	--

	<p>3. Soc Acquisti, Tecnologie, Ingegneria Clinica, Reti (il Direttore della nuova struttura è stato nominato, previo indizione di avviso di selezione interna per titoli e colloquio orientativo, con deliberazione n. 337 del 19.8.2016);</p> <p>4. Soc Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio (il Direttore della nuova struttura è stato nominato, previo indizione di avviso di selezione interna per titoli e colloquio orientativo, con deliberazione n. 339 del 19.8.2016).</p> <p><b>A ciascuna delle nuove Soc sopra rappresentate afferiscono Strutture Semplici.</b> A questo proposito va precisato che, con il medesimo atto n. 362 del 22.9.2016, si è disposto che, in attesa del completamento della regolamentazione aziendale per il conferimento, la valutazione e la valorizzazione degli incarichi dirigenziali, al fine di assicurare la continuità nell'attività delle strutture, <b>sono stati individuati i dirigenti Referenti per le strutture semplici derivate dalla soppressione delle SOC dell'area di supporto Tecnico/amministrativo</b> ovvero:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sos in staff alla Direzione Generale "Controllo di Gestione" - Ing. Fulvio Guerrini (già Direttore della Soc soppressa "Gestione Budget e Controllo");</li> <li>- Sos in staff alla Direzione Generale "Prevenzione e Protezione" - Ing. Paolo Riboni (già Direttore della Soc soppressa "Servizio Prevenzione e Protezione");</li> <li>- Sos "Organi, organismi collegiali, protocollo, URP, Ufficio Stampa" - Dr.ssa Annarosa Bellotti (già Direttore della Soc soppressa "Gestione Affari Generali");</li> <li>- Sos Formazione - Dr. Renzo Sandrini (già Direttore della Soc soppressa "Gestione delle attività di supporto direzionale);</li> <li>- Sos "Programmazione e gestione attività tecniche e manutenzione" - Ing. Mario Mattalia (già Direttore della Soc soppressa "Gestione Infrastrutture e tecnologie Biomediche");</li> <li>- Sos "Gestione Infrastrutture Tecnologie Reti e applicativi" - Dr.ssa Anna Gagliardi (già Direttore della Soc soppressa "Gestione tecnologie informatiche di comunicazione del sistema informativo").</li> </ul> <p>Per effetto della soppressione delle 10 Strutture Complesse dell'Area Tecnico/Amministrativo di cui al pregresso atto aziendale, il personale dipendente è stato riassegnato alle Strutture semplici derivate dall'applicazione del nuovo piano di organizzazione.</p>
<p>Deliberazione n. 521 del 29.12.2016 <b>(All. 4)</b></p>	<p>Disattivazione, con decorrenza 31 dicembre 2016, della Soc Malattie Metaboliche e Diabetologia, afferente al Dipartimento delle Patologie Mediche, che è stata ricondotta, come previsto nel vigente atto aziendale, a Sos Dipartimentale con la medesima denominazione. Al fine di assicurare la continuità nell'attività della Soc soppressa è stato individuato, come referente della Sos Dipartimentale Malattie Metaboliche e Diabetologia, il Dr. Giuseppe Saglietti, già Direttore della Struttura complessa. Si è inoltre previsto, ad esclusione del personale del comparto che è in carico, a tutt'oggi, al SISTRPO, per il restante personale dell'area della dirigenza sanitaria, l'assegnazione al Referente della Sos Dipartimentale Malattie Metaboliche e Diabetologia.</p>
<p>Deliberazione n. 522 del 29.12.2016 <b>(All. 5)</b></p>	<p>Disattivazione, con decorrenza 31 dicembre 2016, delle Strutture Complesse Direttore della Prevenzione (incarico ad oggi inattivo) e Medicina Legale. In via transitoria, la funzione Medicina Legale è assicurata, a decorrere dall'1.1.2017, dalla Dr.ssa Elena Barbero (già Direttore della Soc Medicina Legale) alla quale, ad</p>

	esclusione del personale del comparto che è in carico, a tutt'oggi, al SITRPO, afferirà il restante personale dell'area della dirigenza sanitaria ed il personale amministrativo. Con riferimento alla Soc Medicina Legale si rinvia a successivo provvedimento la riconduzione della Soc soppressa a Struttura Semplice Dipartimentale (afferente al Dipartimento di Prevenzione) previo espletamento, nei primi mesi del 2017, dell'iter procedurale previsto per la modificazione dell'atto aziendale, mantenendo il numero di strutture semplici/semplici dipartimentali attivate con il vigente atto aziendale.
Deliberazione n. 524 del 30.12.2016 <b>(All. 6)</b>	Disattivazione, con decorrenza 31 dicembre 2016, delle macrostrutture: - Distretto di Verbania - Distretto di Omegna - Distretto di Domodossola - Ospedale Unico Plurisede.
Deliberazione n. 525 del 30.12.2016 <b>(All. 7)</b>	Disattivazione, con decorrenza 31 dicembre 2016, della Struttura Complessa Medico Competente. L'attività svolta dalla Soc disattivata è stata ricondotta, come previsto nell'atto aziendale, con decorrenza 1.1.2017, ad una funzione di staff del Direttore Generale. Come titolare di detta funzione è stato individuato il Dr. Giorgio Gambarotto, già Direttore della Soc medico Competente, al quale afferisce, ad esclusione del personale del comparto che è in carico, a tutt'oggi, al Sitrpo, il restante personale dell'area della dirigenza sanitaria e del ruolo amministrativo.
Deliberazione n. 555 del 30.12.2016 <b>(All. 8)</b>	Con deliberazione n. 555 è stata effettuata una ricognizione in merito ai provvedimenti adottati, nel corso degli anni 2015 e 2016, in applicazione del vigente atto aziendale.
Il Direttore Generale, con nota prot n. 74894 del 30.12.2016 <b>(All. 9)</b> , ha predisposto <b>autocertificazione</b> prendendo atto, in sede di applicazione del vigente atto aziendale, della soppressione, con appositi atti deliberativi, di una serie di Strutture Complesse, Macrostrutture, Dipartimenti.	

**L'Azienda ha inoltre adottato le deliberazioni di seguito riportate.**

Con deliberazione n. 481 del 9.12.2016 **(All. 10)** si è provveduto, a decorrere dal 15.12.2016, all'affidamento temporaneo della Direzione della Soc "Medicina Interna 2" al Direttore della Sos Dip. Diabetologia, ai sensi dell'art.18, comma 8, del CCNL della Dirigenza Medica e Veterinaria. Ciò nelle more dell'espletamento delle procedure per l'attribuzione dell'incarico di Direzione della Soc Medicina 2.

Con deliberazione n. 491 del 16.12. 2016 **(All.11)** si è proceduto alla conferma, a decorrere dal 1° maggio 2016, della Dr.ssa Laura Poggi nella direzione della Soc "Farmacia Ospedaliera", prevista nel vigente atto aziendale in sostituzione della Soc Farmacia.

Per quanto attiene **l'ambito territoriale** occorre rilevare che, al fine di garantire processi omogenei di distribuzione delle risorse e di equità nell'accesso e nell'utilizzazione dei servizi, nell'atto aziendale vigente si è previsto un **unico distretto** (prima del nuovo atto aziendale esistevano n. 3 Distretti quello del Verbano, del Cusio e dell'Ossola). Con atto n. 334 del 19.8.2016 è stato emesso avviso pubblico per l'affidamento di incarico quinquennale di Direzione della Soc Distretto Unico del VCO. Con deliberazione n. 527 del 30.12.2016 **(All. 12, 12a, 12b)** è stato conferito incarico quinquennale di Direttore di Soc Distretto Unico del VCO al Dr. Bartolomeo Ficili.

La Soc Distretto Unico del VCO opera in stretta sinergia con la Soc "Gestione Attività territoriali". A questo proposito, con atto n. 335 del 19.8.2016, è stato emesso avviso pubblico per l'affidamento di un incarico

quinquennale di Direzione di tale struttura. Con deliberazione n. 526 del 30.12.2016 (All.13, 13a, 13b) è stato conferito incarico quinquennale di Direttore di Soc al Dr. Romano Ferrari.

#### **Con riguardo all'ambito dipartimentale**

va osservato che il vigente atto aziendale ha previsto la creazione di Dipartimenti aziendali ed interaziendali.

Con riguardo ai Dipartimenti aziendali si precisa quanto segue:

- con deliberazione n. 494 del 20.12.2016 (All. 14) è stato attivato il Dipartimento di Prevenzione, considerando esaurita la funzione del Dipartimento di Prevenzione esistente dal 31.12.2016. Con deliberazione n. 554 del 30.12.2016 (All. 15, 15a) è stato nominato il Direttore a far data dall'1.1.2017.
- con deliberazione n. 495 del 20.12.2016 (All. 16) è stato attivato il Dipartimento Materno Infantile, considerando esaurita la funzione del Dipartimento Materno Infantile esistente. Con deliberazione n. 551 del 30.12.2016 (All. 17, 17a) è stato nominato il Direttore, a far data dall'1.1.2017.
- con deliberazione n. 496 del 20.12.2016 (All. 18) è stato attivato il Dipartimento delle Patologie mediche, considerando esaurita la funzione sia del Dipartimento delle patologie di area medica che di emergenza urgenza (entrambi confluiti nel Dipartimento delle Patologie Mediche). Con deliberazione n. 553 del 30.12.2016 (All. 19, 19a) è stato nominato il Direttore, a far data dall'1.1.2017.
- con deliberazione n. 497 del 20.12.2016 (All.20) è stato attivato il Dipartimento delle Patologie chirurgiche, considerando esaurita la funzione sia del Dipartimento delle patologie chirurgiche che di Area Critica (entrambi confluiti nel Dipartimento delle Patologie chirurgiche). Con deliberazione n. 552 del 30.12.2016 (All. 21, 21a) è stato nominato il Direttore, a far data dall'1.1.2017.
- con deliberazione n. 498 del 20.12.2016 (All.22) è stato attivato il Dipartimento dei Servizi diagnostici e terapie di supporto, considerando esaurita la funzione del Dipartimento dei servizi diagnostici esistente dal 31.12.2016. Con deliberazione n. 550 del 30.12.2016 (All.23, 23a) è stato nominato il Direttore, a far data dall'1.1.2017.

#### **Con riguardo ai Dipartimenti Interaziendali si precisa quanto segue:**

Con il vigente atto aziendale sono stati previsti: **a)** i Dipartimenti interaziendali strutturali: - Patologia delle Dipendenze - Salute Mentale; **b)** i Dipartimenti interaziendali funzionali: Servizi diagnostici e terapie di supporto - Medicina dei Laboratori - Medicina Fisica e Riabilitativa.

Con deliberazione dell'ASL VCO n. 282 dell'8.7.2016 (All.24) si è preso atto della deliberazione n. 54 del 12.2.2016 dell'ASL di Biella con la quale è stato attivato il dipartimento e nominato il Direttore, con decorrenza 1° marzo 2016.

E stata avviata la procedura per la nomina del Direttore del Dipartimento interaziendale strutturale Patologia delle Dipendenze e l'ASL NO, dopo aver concluso il relativo iter, che ha visto il coinvolgimento delle Aziende Sanitarie afferenti al Dipartimento, con atto n. 447 del 27.12.2016, ha conferito l'incarico di Direttore a far data dal 31.12.2016.

Con deliberazione dell'ASL VCO n. 283 dell'8.7.2016 (All. 25) si è preso atto della deliberazione n. 166 dell'11.4.2016 dell'AOU Maggiore della Carità di Novara, con la quale è stato attivato il dipartimento interaziendale funzionale medicina dei Laboratori e nominato il Direttore, con decorrenza 11 aprile 2016. Con la medesima deliberazione è stato anche attivato il dipartimento interaziendale funzionale Medicina Fisica e Riabilitativa e nominato il Direttore, con decorrenza 11 aprile 2016.

#### **Allineamento ARPO - ARPE**

Nei primi mesi dell'anno 2016 la Soc Gestione degli Affari Generali, in conformità a quanto disposto dalla Regione con nota del 27.1.2016 prot. n. 1740, ha provveduto, utilizzando la procedura ARPO, ad immettere le strutture organizzative risultanti dal vigente atto aziendale nell'archivio regionale dei Piani organizzativi.



Con lettera prot n. 17608 del 18.3.2016 il Direttore della Soc Affari Generali ha comunicato alla Regione il completamento delle operazioni di caricamento. Quindi, il Responsabile della Soc Affari Generali ed il Responsabile del Sistema informativo aziendale, hanno partecipato ad un incontro in Regione per la verifica della registrazione. Nel corso dell'incontro hanno evidenziato che, a dicembre 2016, non si sarebbe potuto registrare un completo allineamento tra le procedure ARPO e ARPE tenuto conto delle caratteristiche dell'organizzazione aziendale e della esistenza, nel precedente atto aziendale, dell'Ospedale Unico Plurisede, con sede ad Omegna (a cui afferivano le sedi operative dei Presidi di Verbania e di Domodossola) che non consentiva di individuare, per tutte le Soc ospedaliere, la sede. A questo proposito si rileva che, nell'ambito della programmazione regionale (DGR 600/2014 e DGR 914/2015), per quanto attiene l'ASL VCO, è stato stabilito che uno dei due ospedali (uno è ubicato a Verbania l'altro a Domodossola) sarà individuato come sede di un DEA di I° livello e uno come ospedale di base. La decisione è, a tutt'oggi, da definire da parte della Regione, in considerazione dell'avvio del percorso di costruzione di un Ospedale Unico iniziato con la stipula dell'Intesa, in data 24.11.2015, tra Regione, Conferenza dei Sindaci VCO, Amministrazioni Comunali di Domodossola, Verbania, Ornavasso e Asl VCO.

Occorre osservare che, in conformità a quanto richiesto dalla Regione, in applicazione dell'atto aziendale e del Piano di Riduzione delle Soc (Piano inviato in Regione entro il 31.12.2015), **tutte le Soc sono state disattivate entro il 31.12.2016**. Analogamente si è proceduto per le Macrostrutture e per i Dipartimenti.

Per quanto attiene l'allineamento ARPE - ARPO occorre evidenziare che la Referente della Sos Gestione infrastrutture e Tecnologie, reti applicativi, con lettera del 29.12.2016 indirizzata alla Direzione Generale, ha precisato (confermando quanto già anticipato nell'incontro in Regione svoltosi a metà dell'anno 2016) che, al dicembre 2016 *"in Arpe, è stata mantenuta la struttura Ospedale Unico Plurisede, cui afferiscono tutte le strutture ospedaliere ad eccezione delle Soc per le quali si è potuto definire la sede ovvero: Medicina Interna 1 e 2, Chirurgia Generale 1 e 2, Ortopedia e Traumatologia 1 e 2"*. Inoltre, si è precisato che *"In Arpe sono stati eliminati tutti gli incarichi (equipe professionali, incarichi professionali e posizioni organizzative), ad eccezione di quelli relativi alle specialità di seguito elencate, in quanto legati a flussi di produzione"*. In particolare: *"Nefrologia Dialisi - Pneumologia - Nido e Neonatologia - Dietetica - ASA - Poliambulatori - i tre Distretti territoriali"*.

Si sta lavorando con i Funzionari del CISI e con i Funzionari Regionali per arrivare ad una completa uniformità tra i due archivi Arpo e ARPE al fine di garantire, contestualmente, il corretto allineamento dell'inoltro dei flussi di produzione sia ospedalieri che territoriali.

\*\*

## **Obiettivo 1.2: Centralizzazione delle chiamate di C.A.**

### **1.- Azioni intraprese, nel corso dell'anno 2016, al fine di raggiungere l'obiettivo**

1. Relativamente a questo obiettivo la Regione ha definito, come **Coordinatore del progetto di realizzazione della Centrale Operativa, l'ASL di Novara**, definendo la sede unica della centrale operativa di CA per il quadrante Nord-Est a Novara. Pertanto l'ASL NO, in accordo con l'ASO Maggiore della Carità, ha individuato i locali adiacenti alla Centrale del 118.
2. Il reclutamento del personale dedicato è effettuato dalla Regione in sinergia con ASL NO: a partire dal 06.02.2017 sono stati inseriti a Novara n. 4 operatori tecnici, che inizieranno un percorso formativo.

3. La disattivazione dei punti di risposta territoriale di Continuità assistenziale avverrà a seguito della attivazione del 116-117. **Per l'ASL VCO** è già attiva, dal 2013, la centralizzazione delle chiamate su un unico numero verde.
4. Il monitoraggio delle chiamate, nell'ASL VCO, avviene mediante registrazione delle stesse pervenute al centralino dell'Azienda e, successivamente, dalla registrazione informatizzata delle chiamate delle singole postazioni.
5. Dal gestionale in uso ai Medici di Continuità Assistenziale (MCA), nelle singole postazioni è possibile effettuare report attinenti le attività espletate.
6. L'ASL VCO, nel 2013, ha effettuato una revisione delle postazioni di CA, passando da n. 13 a n. 8. Una ulteriore revisione che tenga conto della distribuzione territoriale sarà valutata congiuntamente con le altre aziende dell'area Nord-Est.

In conformità alle indicazioni regionali è stato istituito un gruppo di progetto per il quadrante Nord-Est, coordinato dai Direttori Sanitari dell'ASL NO e dell'Asl VCO, con il compito di gestire il processo. Si sta procedendo al reclutamento di n. 16 operatori (4 sono già stati inviati dalla Regione) ed alla loro formazione con il fine, in primo luogo, della messa a sistema della domanda di continuità delle cure afferenti ai Medici di continuità assistenziale e, successivamente, di predisporre percorsi integrati socio sanitari e, in tal modo, estendere la possibilità di risposta anche all'attività diurna, iniziando dai target della popolazione vulnerabile – fragile non autosufficiente.

\*\*

## **Obiettivo 2.1: Tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali**

### **1. Azioni intraprese per raggiungere l'obiettivo**

**Sub-obiettivo 1 Caricamento su CUP aziendale di tutte le agende di prenotazione pubblico privato convenzionato.**

Occorre precisare che si dispone, in azienda, di programmi regionali o programmi già in uso per i quali si sta lavorando per la messa a CUP. Già da tempo questa Azienda ha intrapreso un percorso per portare a CUP tutte le agende, anche con riferimento alle strutture per le quali le agende non sono ancora a CUP.

Dopo aver effettuato, a seguito dell'assegnazione dell'obiettivo, una valutazione della situazione delle specialità e delle relative agende non ancora a CUP, si è messa in atto una metodologia di lavoro già consolidata che prevede l'analisi e la valutazione diretta con le strutture che presentano delle criticità per la messa a CUP delle agende, individuando soluzioni condivise.

**Sub-obiettivo 2 Adeguamento del tempo medio di attesa (indice di performance) allo standard regionale.**

E' proseguito, in sinergia con la Struttura Controllo di Gestione, il monitoraggio dell'indice di performance individuato dalla Regione. Tenuto conto di come è costruito l'indice di performance, non è sufficiente la rilevazione puntuale settimanale del tempo di attesa ma è necessario valutare i tempi di effettiva erogazione della prestazione.

Si allega la tabella (elaborata dalla Struttura Controllo di Gestione) relativa ai primi nove mesi dell'anno 2016 (si tratta di dati consolidati) (All. 26) nella quale sono rilevabili, in rosso, le prestazioni oltre soglia e, per quelle che non raggiungevano, nell'anno 2015, la produzione minima prevista dalla Regione Piemonte, la

percentuale mancante al raggiungimento dell'incremento del 30%.

E' stata prodotta e distribuita a tutte le strutture interessate la tabella elaborata in merito ai dati trasmessi, ad ottobre 2016, dalla Regione, dopo la seconda riunione di monitoraggio, (All. 27), contenente, per ogni prestazione, la situazione dei primi 7 mesi dell'anno. Si è richiesto alle strutture interessate di analizzare il dato e di mettere in atto tutti gli interventi ritenuti necessari per raggiungere l'obiettivo previsto.

Per perseguire l'obiettivo si è comunque proceduto con la stessa metodologia utilizzata in questi anni per il contenimento dei tempi di attesa ovvero: - monitoraggio attività; - flessibilità dell'offerta ambulatoriale in relazione al fabbisogno; - utilizzo degli strumenti dell'Accordo Collettivo Nazionale degli specialisti ambulatoriali al fine di rispondere alla domanda; - accordi diretti con le strutture accreditate nell'ambito dei budget assegnati (tutto ciò in stretta sinergia con il personale medico interessato). A queste azioni si è anche aggiunto un forte intervento finalizzato ad evitare sospensioni di sedute con pazienti già prenotati e conseguente spostamento della data di erogazione della prestazione.

Si allega un report (All. 28) che, con riguardo ai tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali soggette a monitoraggio regionale, con riferimento al totale delle prestazioni erogate (89), indica, per ciascun mese (dal dicembre 2015 al gennaio 2017), il numero e la percentuale delle prestazioni che rientrano negli standard regionali in tutte le sedi (comprese quelle che afferiscono alle Strutture Convenzionate del COQ e dell'Eremo di Miazzina), in almeno una sede o in nessuna sede evidenziando, nel tempo, un buon miglioramento.

## 2. Risultati raggiunti al dicembre 2016

### Sub-obiettivo 1 Caricamento su CUP aziendale di tutte le agende di prenotazione pubblico privato convenzionato

Nel corso dell'anno 2016 l'Azienda ha avviato un percorso per portare a CUP tutte le agende. Nei prospetti di seguito riportati si elencano, con riferimento al mese di dicembre 2016, le agende di prenotazione attive a CUP (Tabella A) e le agende di pertinenza ASL VCO che risultano ancora fuori CUP (Tabella B) non avendo potuto, per difficoltà tecniche, integrare i programmi in uso.

**Tab. A) AGENDE DI PRENOTAZIONE ATTIVE A CUP al dicembre 2016**

EROGATORE	N. AGENDE A CUP
ASL VCO	178
COQ	46
EREMO-IRG	16
<b>TOTALE</b>	<b>240</b>

**Tab.B) AGENDE DI PRENOTAZIONI DI PERTINENZA ASL VCO FUORI CUP**

SPECIALITA'	NOTE
PSICHIATRIA	Programma regionale
NEUROPSICHIATRIA INFANT.	Programma regionale
PSICOLOGIA	Prenotazione su agenda interna e accettazione su WBS
SERT	Programma regionale
RADIOTERAPIA	I cicli di radioterapia sono prenotati su

	procedura interna MOSAIQ collegata agli apparecchi che dosano i trattamenti
ONCOLOGIA	Tutte le prenotazioni sono gestite con procedura OKDH non integrata con WBS
RRF	I cicli di trattamenti sono prenotati su agenda PHI
CENTRO TRASFUSIONALE	Fuori CUP le visite sui donatori

Proseguirà, anche nel 2017, il percorso con le strutture per le quali le agende non sono ancora a CUP.

**Sub-obiettivo 2 Adeguamento del tempo medio di attesa (indice di performance) allo standard regionale.**

L'obiettivo è stato raggiunto parzialmente (si rinvia agli allegati 26 e 27) seppure siano state messe in atto tutte le azioni possibili al fine di perseguirlo completamente. Le difficoltà derivano, per alcune prestazioni per le quali, nell'anno 2015, non venivano raggiunti i valori minimi di produzione e per i quali è previsto un incremento del 30% dell'attività, tenuto conto che tale incremento è da ottenere in ambito pubblico, a fronte del fatto che, per abbattere i tempi di attesa, si sono attivate forti sinergie con gli erogatori accreditati (soprattutto COQ ed Eremo di Miazzina).

Nonostante gli sforzi posti in essere per alcune prestazioni non si è ancora riusciti ad arrivare all'indice di performance per il tempo medio di erogazione a causa delle sospensioni o spostamenti per assenze improvvise in organici che, in alcuni casi, sono appena sufficienti per svolgere l'attività ordinaria.

\*\*

**Obiettivo 3: Attuazione Piano di efficientamento da Fondo di riequilibrio**

**1. Premessa**

La Regione, con DGR n. 12-2021 del 05.05.2105 e con nota prot. n. 22002 del 20.11.2015, ha previsto, entro il 31.12.2015, il termine entro il quale predisporre il Piano di efficientamento per l'anno 2016. Con atto n. 515 del 29.12.2015 l'ASL VCO ha adottato il bilancio preventivo economico annuale 2016 ricomprendendo, tra gli allegati, anche il Piano di efficientamento.

Nel Piano di efficientamento sono stati individuati interventi di razionalizzazione dei fattori produttivi, con particolare riferimento alla spesa farmaceutica, territoriale ed ospedaliera. Come segnalato dal Direttore della Soc Farmacia Ospedaliera, **le azioni realizzate nel corso dell'anno 2016** (ed i risultati perseguiti) sono di seguito rappresentate.

**2. Spesa farmaceutica territoriale: azioni intraprese e risultati raggiunti**

- Nel Piano di efficientamento sono state previste, con riguardo alla **spesa farmaceutica territoriale, n. 8 azioni**. Con riguardo a ciascuna azione, con riferimento all'intero anno 2016, si precisa quanto segue:

**Descrizione Azione 1. Sensibilizzare i medici e monitorarne le prescrizioni attraverso reports trimestrali per medico ed equipe.**

**Azioni messe in atto e risultati raggiunti**

Tale azione si è concretizzata nella produzione e nell'invio periodico (trimestrale) di report, analitici e sintetici, ai medici prescrittori, al fine di aumentare la consapevolezza degli stessi in merito al loro operato e di aumentare l'attenzione, sia rispetto al volume che alla qualità delle prescrizioni, con particolare riguardo alla situazione prescrittiva relativa alle categorie oggetto degli obiettivi regionali.

Nel corso dell'anno 2016 la reportistica è stata aggiornata adeguandola ai nuovi obiettivi regionali ed agli accordi aziendali stipulati con la medicina generale. Per le classi farmacologiche nelle quali si sono evidenziate le maggiori criticità sono stati predisposti appositi report per supportare l'autoverifica e la discussione tra pari all'interno delle équipes territoriali.

Occorre precisare che, nell'ambito degli obiettivi assegnati ai medici di medicina generale, una particolare attenzione è stata dedicata alla spesa farmaceutica.

**Grado di raggiungimento dell'azione al dicembre 2016**

Si ritiene che l'azione sia stata realizzata positivamente.

\*

**Descrizione Azione 2. Proseguire i controlli ai sensi della legge 425/96 con il coinvolgimento delle Commissioni distrettuali per l'appropriatezza.**

**Azioni messe in atto e risultati raggiunti**

L'attività delle Commissioni distrettuali, anche per il 2016, è proseguita nell'ottica di sensibilizzare i medici a porre attenzione all'appropriatezza delle prescrizioni in senso quali-quantitativo e fornire tutte le informazioni necessarie per la valutazione dell'appropriatezza.

Nelle riunioni svoltesi nel corso dell'anno 2016 sono state esaminate le prescrizioni potenzialmente inappropriate e, per quelle ritenute meritevoli di approfondimento, sono state richieste le motivazioni. Le controdeduzioni sono state valutate e, qualora ritenute non adeguate, sono stati effettuati gli addebiti secondo il regolamento delle Commissioni.

Inoltre, per quanto attiene i medicinali distribuiti con modalità DPC, è stato richiesto di motivare le prescrizioni di marchi non aggiudicatari di gara per le quali non fosse pervenuta adeguata relazione clinica.

**Grado di raggiungimento dell'azione al dicembre 2016**

Si ritiene che l'azione sia stata realizzata positivamente.

\*

**Descrizione Azione 3. Proseguire nelle riunioni trimestrali delle Commissioni distrettuali di monitoraggio.**

**Azioni messe in atto e risultati raggiunti**

Sono proseguite le riunioni trimestrali delle Commissioni distrettuali per la valutazione del materiale inviato dalla SOC Farmacia ai medici prescrittori durante tutto l'anno 2016. Nelle riunioni sono stati analizzati i report ed i profili prescrittivi predisposti per correggere gli eventuali comportamenti inappropriati, con particolare riguardo agli obiettivi ed alle situazioni maggiormente critiche. Sono stati contattati alcuni medici che hanno voluto confrontarsi direttamente con la Commissione per meglio comprendere le osservazioni formulate e gli obiettivi da perseguire. Le riunioni si sono svolte con la cadenza di una per trimestre per ciascuno dei 3 distretti.

**Grado di raggiungimento dell'azione al dicembre 2016**

Si ritiene che l'azione sia stata realizzata positivamente.

\*

**Descrizione Azione 4. Proseguire nella predisposizione, da parte della SOC Farmacia, dei profili prescrittivi dei medici "iperprescrittori"**

**Azioni messe in atto e risultati raggiunti**

Sono stati predisposti, da parte della SOC Farmacia, i profili prescrittivi dei medici "iperprescrittori" e gli stessi sono stati convocati dalle Commissioni distrettuali, secondo il regolamento vigente presso l'ASL VCO. In particolare, sono stati predisposti i profili prescrittivi di n. 3 MMG. L'attività è proseguita nel secondo semestre prendendo in considerazione anche gli iperconsumatori.

Nel caso dei medici individuati come iperprescrittori il profilo prescrittivo è stato approfondito per

individuare tutte le situazioni non appropriate, sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo. Sono stati convocati i medici che hanno prescritto a nuovi pazienti una terapia utilizzando olmesartan in prima battuta anche successivamente alle iniziative di informazione sull'appropriato utilizzo dei farmaci antiipertensivi.
<b>Grado di raggiungimento dell'azione al dicembre 2016</b>
Si ritiene che l'azione sia stata realizzata positivamente.

\*

<b>Descrizione Azione 5. Effettuare riunioni trimestrali a livello di ogni distretto con le équipes territoriali congiunte, per discutere l'andamento delle prescrizioni.</b>
<b>Azioni messe in atto e risultati raggiunti</b>
<p>Sono stati organizzati periodici incontri con i referenti delle équipes, durante i quali si è fatto il punto sulle prescrizioni delle categorie alto spendenti, coinvolgendo anche alcuni specialisti ospedalieri ed ambulatoriali di area medica. Sono stati valutati i dati di prescrizione, confrontandoli con le altre aziende, e si è cercato di capire le motivazioni delle situazioni di maggiore variabilità. Anche gli specialisti ospedalieri sono stati invitati a porre particolare attenzione in merito alle situazioni più critiche, considerata la ricaduta delle loro indicazioni sulle prescrizioni territoriali. Nell'ultima riunione si è affrontato il tema dell'appropriatezza nella prescrizione delle eparine a basso peso molecolare, con particolare riguardo alla "bridge therapy" nella sospensione di anticoagulanti orali prima di interventi chirurgici e manovre diagnostiche invasive.</p> <p>Va segnalato che, ad ogni riunione della CFI, è stato coinvolto anche il "Chronic team", di cui fanno parte 3 MMG e 4 specialisti ospedalieri, per valutare l'andamento delle prescrizioni riguardanti le principali patologie croniche e definire gli interventi laddove se ne riscontri la necessità. Nella riunione di luglio è stato rimarcato che l'andamento delle prescrizioni di sartani non è soddisfacente per cui si sono intraprese ulteriori iniziative per sensibilizzare anche i cardiologi delle strutture convenzionate, mentre nella riunione di settembre si è convenuto di dare inizio alla revisione del PDT sull'ipertensione per aggiornarlo a fronte delle più recenti evidenze e dei costi attuali. Tale revisione è attualmente in stato avanzato di realizzazione.</p>
<b>Grado di raggiungimento dell'azione al dicembre 2016</b>
Si ritiene che l'azione sia stata realizzata positivamente.

\*

<b>Descrizione Azione 6. Organizzare attività di informazione indipendente tramite newsletters.</b>
<b>Azioni messe in atto e risultati raggiunti</b>
<p>Premesso che l'informazione scientifica di parte deve essere controbilanciata dall'informazione indipendente al fine di tendere all'appropriatezza, va segnalato che è stata diffusa la procedura interaziendale per il trattamento dei pazienti in trattamento con anticoagulanti orali che devono essere sottoposti ad intervento chirurgico o procedure diagnostiche invasive.</p>
<b>Grado di raggiungimento dell'azione al dicembre 2016</b>
Si ritiene che l'azione sia stata realizzata positivamente.

\*

<b>Descrizione Azione 7. Proseguire l'attività di distribuzione diretta in dimissione da ricovero e da visita ambulatoriale.</b>
<b>Azioni messe in atto e risultati raggiunti</b>
<p>L'attività di distribuzione diretta in dimissione da ricovero e visita ambulatoriale è proseguita, anche nel corso del 2016, analogamente agli anni pregressi, consentendo a questa Asl di contenere la spesa grazie ai prezzi di acquisto più vantaggiosi, offrendo un servizio ben accetto al paziente e consentendo, inoltre, di monitorare direttamente, e in tempo reale, l'appropriatezza delle prescrizioni e l'aderenza alle note AIFA.</p>

Gli accessi, nel corso del 2016, sono stati n. 24.387 (+ 3,13% rispetto all'anno 2015).

**Grado di raggiungimento dell'azione al dicembre 2016**

Si ritiene che l'azione sia stata realizzata positivamente.

\*

**Descrizione Azione 8. Monitoraggio semestrale dei consigli terapeutici in dimissione.**

**Azioni messe in atto e risultati raggiunti**

In considerazione della ricaduta dei consigli terapeutici in dimissione sulle prescrizioni dei medici di famiglia, si è proseguito, nel 2016, con il monitoraggio semestrale a campione delle prescrizioni in dimissione, al fine di valutare se anche i medici specialisti si attengono alle indicazioni delle note AIFA ed agli obiettivi volti alla razionalizzazione della spesa farmaceutica convenzionata.

**Grado di raggiungimento dell'azione al dicembre 2016**

Il monitoraggio semestrale è stato effettuato a campione.

\*

Con riguardo alle 8 azioni sopra illustrate il risparmio effettivo registrato da gennaio ad ottobre 2016 (dati ad oggi disponibili) è stato di circa € 160.000,00.

\*\*

Nel Piano di Efficientamento, sempre per quanto attiene la spesa farmaceutica territoriale, sono state individuate altre due azioni, avviate nel 2015 e proseguite nel 2016:

<b>Descrizione Azione 1. Farmaceutica convenzionata: attuazione del progetto aziendale "miglioramento delle cure nelle terapie croniche"</b>	
L'obiettivo di questo progetto è stato quello di indagare maggiormente il trattamento delle patologie croniche quali l'ipertensione arteriosa, le dislipidemie, il diabete mellito, l'osteoporosi, le sindromi ostruttive respiratorie, la depressione, al fine di individuare le aree di sotto-utilizzo e di sovra-utilizzo dei farmaci. Particolare riguardo è stato dedicato al paziente anziano (visto che, nell'ASL VCO, la popolazione ultra sessantacinquenne rappresenta il 25% del totale della popolazione), a domicilio o ricoverato in struttura protetta, in politerapia, al fine di verificare eventuali casi di interazioni tra farmaci, mancata comprensione della posologia e modo/tempo di somministrazione, scarsa compliance, corretta modalità di conservazione del farmaco e/o assunzione dello stesso principio attivo ma avente nomi commerciali diversi.	
<b>Indicatore</b>	Riduzione delle prescrizioni incongrue: aumento % del rapporto DDD molecole a brevetto scaduto /DDD molecole totali rispetto al 2015.
<b>Standard</b>	+ 8% rispetto al 2015
<b>Indicatore</b>	Aumento dell'aderenza terapeutica: diminuzione prescrizioni sporadiche/parziali rispetto al 2015.
<b>Standard</b>	- 5% rispetto al 2015
<b>Azioni messe in atto e risultati raggiunti al dicembre 2016</b>	
E' stato costituito, a livello aziendale, un "chronic team", costituito da medici di medicina generale, specialisti, farmacisti. E' stato inoltre previsto il coinvolgimento del Direttore Sanitario di Presidio e dei Direttori di Distretto (o loro delegati). L'approccio multidisciplinare e multiprofessionale si è reso necessario data la complessità del fenomeno e per garantire l'appropriatezza della prestazione sanitaria.	
E' stato presentato e discusso, con gli specialisti ospedalieri e con i MMG, il documento sull'appropriatezza	

nell'uso degli inibitori della pompa protonica. Nelle diverse riunioni con i referenti delle équipes e con i componenti del "chronic team" si è aperto un confronto sia con riguardo all'iper prescrizione sia per il mancato trattamento di talune categorie di pazienti che potrebbero beneficiare di alcuni trattamenti cronici. In particolare, è stata discussa l'elevata diffusione dell'utilizzo di olmesartan, sia singolo che in associazione, che rappresenta, per l'ASL VCO, una particolare criticità. Tale messaggio è stato trasmesso ai singoli medici tramite percorsi di audit all'interno delle équipes. La prescrizione di molecole a brevetto scaduto è arrivata al 79,2% delle DDD totali. Nel corso del 2016 sono stati presi in esame i pazienti ultrasessantacinquenni che hanno le terapie più complesse con un numero elevato di principi attivi per approfondire se queste situazioni possano necessitare di un percorso di riconciliazione farmacologica.

#### **Grado di raggiungimento dell'azione al dicembre 2016**

Si è riscontrata, in alcune situazioni, la difficoltà, da parte dei MMG, a modificare le prescrizioni per adeguarsi alle indicazioni aziendali. D'altra parte non si può negare che, da parte dei curanti e di tutte le altre figure professionali coinvolte, contribuire all'aumento dell'aderenza alle terapie richiede notevole impegno. Si punta l'attenzione al ruolo che potrebbe essere svolto dall'infermiere di famiglia nei riguardi dei pazienti particolarmente fragili, sia come condizione sanitaria ma anche sociale.

La percentuale di riduzione prevista della prescrizione di molecole coperte da brevetto non è stata raggiunta con dati aggiornati al mese di novembre, però si è riscontrata la ragguardevole diminuzione del 4%.

\*

#### **Descrizione Azione 2. Generizzazione del principio attivo Duloxetine.**

##### **Azioni messe in atto e risultati raggiunti**

Lo spostamento della molecola sul generico non solo ha contribuito a dimezzare la spesa rispetto al 2015 ma ha anche consentito di ricondurre le prescrizioni di duloxetine su valori più prossimi alle medie regionali e nazionali.

##### **Grado di raggiungimento dell'azione al dicembre 2016**

L'azione è stata raggiunta positivamente.

\*

Con riguardo alle 2 azioni sopra illustrate il risparmio effettivo, registrato nel periodo gennaio-ottobre 2016 (dati ad oggi disponibili), è stato di circa € 316.000,00.

\*\*

#### **> Obiettivo di efficientamento riferito al fattore produttivo "Beni sanitari", spesa per dispositivi medici,**

Le azioni che sono state messe in atto nel corso del 2016 sono state le seguenti:

#### **Descrizione Azione 1.**

In applicazione del DD n. 148 del 4.3.2014, che ha individuato quale sede del Centro regionale di produzione e valutazione emocomponenti per l'AIRC 3 il presidio ospedaliero di Borgomanero, è stato approvato un rapporto convenzionale per l'esecuzione dei test di qualificazione biologica per lo screening delle donazioni di sangue.

##### **Azioni messe in atto al dicembre 2016**

E' stata applicata la Deliberazione n. 478 del 22.12.2014: "*Approvazione del rapporto convenzionale fra ASL VCO, ASL NO, ASO Maggiore della Carità, ASL VC, ASL Biella per l'esecuzione di test di qualificazione biologica per lo screening delle donazioni di sangue*" (triennale Dicembre 2014- Dicembre 2016), ed attivata nel mese di novembre 2015.

#### **Descrizione Azione 2.**



Estensione all'Asl VCO della gara condotta dall'Asl di Biella (service) con l'obiettivo di ottenere economie di spesa.
<b>Azioni messe in atto al dicembre 2016</b>
Si rileva l'adesione alla gara, con determina della Soc Forniture e Logistica dell'ASL VCO, n. 1101 del 18/09/2014 per il periodo 1° gennaio 2015 – 31 dicembre 2019 e si evidenzia, con riferimento ai reagenti diagnostici, un miglioramento nei prezzi ed un significativo risparmio in termini economici. Si deve, peraltro, tener conto che una serie di esami di laboratorio sono stati concentrati a Novara.

\*

- Nel Piano di Efficientamento 2016 le azioni da mettere in atto, nel corso dell'anno 2016, per quanto attiene la **farmaceutica ospedaliera** sono state 6. Con riguardo a ciascuna azione si precisa quanto segue:

<b>Descrizione Azione 1</b>
Predisporre specifici reports mensili dei farmaci consumati (in termini di pezzi e costi) e relativo scostamento rispetto al budget assegnato, suddivisi per presidio, dipartimento, centro di costo e totale aziendale.
<b>Azioni messe in atto e risultati raggiunti al dicembre 2016</b>
Come negli anni precedenti la reportistica è stata inviata mensilmente con le seguenti specificazioni: report mensile sui consumi interni e somministrato (cod. File F 06-07-08-10) per struttura, dipartimento, totale aziendale e presidio; – report mensile sulla distribuzione diretta di farmaci di fascia H e PHT (cod. File F 03-04-05-09) per struttura, dipartimento, totale aziendale e presidio; – report mensile sulla distribuzione diretta di farmaci di fascia A in fase di dimissione post ricovero o visita ambulatoriale (cod. File F 01-02) per struttura, totale aziendale e presidio.
<b>Grado di raggiungimento dell'azione al dicembre 2016</b>
Azione raggiunta.

\*

<b>Descrizione Azione 2</b>
Invio dei reports mensili dei farmaci consumati (in termini di pezzi e costi) e relativo scostamento rispetto al budget assegnato, suddivisi per presidio, dipartimento, centro di costo e totale aziendale alla CFI ed analisi dei dati per evidenziare eventuali criticità da discutere con i clinici interessati in appositi tavoli di lavoro, utilizzando tutti gli strumenti ed i dati disponibili, quali cartelle cliniche, lettere di dimissione, piani terapeutici.
<b>Azioni messe in atto e risultati raggiunti al dicembre 2016</b>
La CFI si è regolarmente riunita prendendo in esame alcune situazioni individuate come critiche come, ad esempio, i trattamenti in ambito oncologico ed oncoematologico. L'analisi delle prescrizioni è stata condotta utilizzando sia i registri AIFA che il programma di gestione informatizzata dell'UMACA (laboratorio preparazioni antitumorali). E' stata discussa anche l'applicazione del protocollo interaziendale sulla "bridge therapy" e la cardioversione elettrica nei pazienti trattati con nuovi anticoagulanti orali. Il protocollo trova ad oggi applicazione.
<b>Grado di raggiungimento dell'azione al dicembre 2016</b>
Azione raggiunta.

\*

<b>Descrizione Azione 3.</b>
Informare i medici prescrittori sulle norme che regolano la prescrizione nonché sulla ricaduta economica della prescrizione (farmaci a brevetto scaduto e biosimilari vs farmaci coperti da brevetto).
<b>Azioni messe in atto e risultati raggiunti</b>
Le informazioni sono state trasmesse capillarmente a tutti i medici prescrittori per iscritto e tramite le

riunioni sopra descritte. Le informazioni relative alle scadenze brevettuali possono essere reperite sul sito aziendale tramite il link con l'elenco dei generici o attraverso le comunicazioni scritte e verbali trasmesse dalla SOC Farmacia.

**Grado di raggiungimento dell'azione al dicembre 2016**

Azione raggiunta.

\*

**Descrizione Azione 4**

Incrementare l'utilizzo dei farmaci biosimilari rivalutando i pazienti in trattamento con originatore e introducendo subito in terapia i nuovi prodotti che si avranno a disposizione.

**Azioni messe in atto e risultati raggiunti al dicembre 2016**

Si sta completando lo shift a biosimilare dei pazienti con insufficienza renale cronica: tutti i pazienti in dialisi e la maggior parte dei pazienti in predialisi sono trattati con epoietina alfa biosimilare. Analogamente, tutti i pazienti oncologici trattati con filgrastim utilizzano il prodotto aggiudicatario di gara. Si stanno, inoltre, shiftando i pazienti in trattamento con infliximab e con insulina glargine. In quest'ultimo caso il processo è ancora in fase di attuazione perché, data la numerosità dei pazienti, molti necessitano di essere visti dal centro diabetologico.

**Previsione del grado di raggiungimento dell'azione al dicembre 2016**

Azione raggiunta.

\*

**Descrizione Azione 5.**

Controllo sul corretto utilizzo dei registri AIFA

**Azioni messe in atto e risultati raggiunti al dicembre 2016**

Sono stati individuati n. 2 referenti aziendali, un medico ed un farmacista, con il compito di verificare la corretta tenuta dei registri, con particolare riguardo alla chiusura tempestiva delle schede. Questo ha permesso l'invio di molte richieste di rimborso, secondo quanto previsto dagli accordi negoziali. Occorre evidenziare che tali accordi sono eterogenei e talora complicati per cui richiedono un notevole impegno.

**Grado di raggiungimento dell'azione al dicembre 2016**

Azione raggiunta.

\*

**Descrizione Azione 6**

Ottimizzazione rapporto costo-benefici nell'ambito delle categorie omogenee: eparine a basso peso molecolare; BPM; nutrizione artificiale; farmaci per artrite reumatoide; antibiotici ed altro.

**Azioni messe in atto e risultati raggiunti al dicembre 2016**

Sono state fornite indicazioni agli utilizzatori in conseguenza degli esiti della gara regionale. Gli argomenti sono stati ripresi nelle riunioni della CFI.

**Grado di raggiungimento dell'azione al dicembre 2016**

Azione raggiunta.

Per quanto attiene la spesa farmaceutica ospedaliera, seppure le azioni sopra indicate abbiano, al dicembre 2016, prodotto delle economie di spesa (circa € 120.000,00), tuttavia occorre evidenziare una forte criticità nel senso che tali risparmi sono stati assorbiti dall'incremento della spesa ospedaliera in ambito oncologico ed oncoematologico.

\*

**Bilancio preventivo economico annuale e Bilancio di verifica al 30 settembre 2016: osservazioni**

Si premette che, per l'anno 2016, la percentuale di riduzione del fondo di riequilibrio programmato è stata stabilita nella misura del 20%.

Con nota prot. n. 22002 del 20.11.2015 la Regione Piemonte ha previsto, entro il 31.12.2015, il termine per la predisposizione del Piano di efficientamento per l'anno 2016.

Con atto n. 515 del 29.12.2015 l'ASL VCO ha adottato il bilancio preventivo economico annuale 2016, con una perdita prevista pari ad euro 7.826 (importo in migliaia di euro) ricomprendendo, tra gli allegati, anche il Piano di efficientamento 2016.

Il bilancio preventivo 2016 è stato redatto secondo quanto indicato dalla Regione Piemonte con nota prot. 22735/A14000 del 2 dicembre 2015 che, alla voce "Contributi regionali FSR indistinto", ha indicato l'assegnazione provvisoria, pari a 283.486 (importo in migliaia di euro), senza dettagliare il valore del fondo di riequilibrio programmato. Nella citata nota del 2 dicembre si rileva che le risorse assegnate dalla Regione per l'anno 2016 sono quelle definite con DGR n. 34-2054 dell'1.9.2015: importo assegnato per l'anno 2015 ridotto dell'obiettivo di efficientamento ulteriore assegnato per l'anno 2016, pari al 15%, ed integrato di un contributo per farmaci innovativi pari alla spesa stimata per le terapie di cura dell'epatite.

Successivamente, con DGR N. 35-3152 del 11 aprile 2016, la Regione ha assegnato alle ASR le risorse provvisorie per l'anno 2016 - FSR Indistinto, prevedendo una rimodulazione delle risorse rispetto alle assegnazioni 2015 per applicazione dell'obiettivo di efficientamento 2016 (di cui alla DGR n. 12-2021 del 5 agosto 2015), pari ad euro 4.396.930.

Con le assegnazioni previste dalla indicata DGR l'Azienda ha predisposto i bilanci di verifica del 2° e 3° trimestre.

**In sede di predisposizione del bilancio di verifica al 30 settembre 2016 la Regione ha anche richiesto un aggiornamento del bilancio di previsione 2016.** La riformulazione del bilancio di previsione 2016 ha portato alla definizione di una perdita stimata pari ad euro 13.446 (importo in migliaia di euro) che deve essere rettificata dalle seguenti voci che saranno oggetto di successivo finanziamento:

	Importi in migliaia di euro	
Perdita		13.446
Finanziamento costi farmaci epatite C	4.737	
Finanziamento costi extra LEA	1.855	
Finanziamento Mutuo regionale disavanzo anno 2000	591	
<b>Totale finanziamenti</b>	7.183	7.183
<b>Perdita rettificata</b>		<b>6.263</b>

La Regione, con nota prot n. 919/A1407A-04 del 17 gennaio 2017, ha richiesto la predisposizione del **bilancio di verifica al 31 dicembre 2016**. Come si rileva dal prospetto di seguito evidenziato il bilancio di verifica espone una **perdita pari ad euro 4.786**, che deve essere rettificata dalle seguenti voci che saranno oggetto di successivo finanziamento:

	Importi in migliaia di euro	
Perdita		4.786
Finanziamento costi extra LEA		1.526
Finanziamento accantonamento rinnovo contrattuale personale dipendente		383
<b>Perdita rettificata</b>		<b>2.877</b>

Il risultato rettificato evidenzia una perdita, al 31 dicembre 2016, pari ad € 2.877.

Dall'esame della spesa al 31 dicembre 2016, facendo un raffronto con il consuntivo 2015, si evidenzia un incremento per quanto attiene le seguenti principali voci di spesa:

- **spesa farmaceutica ospedaliera.** Tenuto conto che il maggior aggravio di spesa deriva dai medicinali oncologici sono state previste azioni che hanno consentito, nel secondo semestre dell'anno 2016, di diminuire il trend in aumento della spesa, pur garantendo la massima appropriatezza di utilizzo dei farmaci;
- **dispositivi medici.** Tale incremento è determinato, in parte, dall'aumento di un giorno alla settimana (da 2 a 3, a partire dal mese di ottobre 2015) dell'attività del Laboratorio di Emodinamica, e dall'aumento dei dispositivi medici impiantabili attivi: defibrillatori;
- **costi di manutenzione software.** Tale aumento è dovuto al termine della garanzia su alcuni moduli per un nuovo canone relativo alla procedura di conservazione digitale in DMO SIAV (Archiflow), ed all'attivazione di servizi H24 su procedure amministrativo contabili e procedure Insielmercato (cartella informatizzata);
- **assistenza riabilitativa:** l'aumento è legato all'incremento di posti in convenzione presso il centro diurno autistici (da sette a dieci posti letto - si è anche registrato l'inserimento di due minori il sabato);
- **prestazioni socio sanitarie da privato:** a partire dal luglio 2015 sono stati incrementati i posti letto residenziali (+ 20) per anziani, con aumento anche dei pazienti ad alta intensità;
- **prestazioni di assistenza residenziale per malati terminali:** si è registrato un aumento del numero di pazienti inseriti nel Nucleo ad alta complessità neurologica presso la Casa di Cura Eremo di Miazzina;
- **prestazioni di assistenza residenziale per minori a rischio, donne, coppie e famiglie:** l'aumento è legato all'effetto trascinarsi dei costi per gli inserimenti effettuati negli ultimi mesi dell'anno 2015 e per i nuovi inserimenti.

**Per quanto attiene i risparmi realizzati rispetto al consuntivo 2015 si evidenzia quanto segue:**

**Farmaceutica convenzionata** - Il risultato è stato raggiunto grazie al considerevole utilizzo di molecole a brevetto scaduto, la cui prescrizione è arrivata al 79,2% delle DDD totali, ed all'attuazione del progetto aziendale "Miglioramento delle cure nelle terapie croniche " avviato nell'anno 2015.

**Medicinali senza AIC** - Il risparmio si è registrato per l'interruzione del trattamento ad un paziente affetto da malattia rara a seguito di trapianto.

**Servizi appaltati** - Il risparmio maggiore è stato realizzato per quanto attiene il servizio lavanderia grazie ad una nuova gara a partire dal mese di marzo 2016.

**Personale** - Nel corso dell'anno 2016, a fronte di una minor dotazione di personale a tempo determinato al 31 dicembre 2016, ( 37 ) rispetto al 31.12.2015 ( 42 ) si è registrato un incremento con riguardo al personale a tempo indeterminato nei ruoli del personale non dirigente, pari a 7 figure, e nel ruolo dirigenza sanitaria, pari a 10 figure:

Totale dipendenti di ruolo al 31.12.2015	<b>1.772</b>
Totale dipendenti di ruolo al 31.12.2016	<b>1.789.</b>

Si è comunque generata una differenza, in diminuzione, sulla spesa complessiva del personale dipendente conseguente al consistente turn over di figure dirigenziali dell'area Medica che non si è potuto compensare con le assunzioni effettuate su detti profili nel corso dell'anno.

Nel corso del 2016 si è inoltre proceduto, in esito alle procedure di attuazione del nuovo Atto Aziendale, all'abbattimento, dei Fondi della Dirigenza Medica e della Dirigenza PTA, della quota corrispondente alla diminuzione del numero complessivo delle Strutture Complesse non coperte e ad applicare l'art. 1, comma 18, della Legge n. 148 del 14/09/2011 legata alla conservazione del trattamento economico in vigore per il passaggio ad altro incarico fino alla data di scadenza del contratto.

**Canoni per noleggio apparecchiature assistenza protesica** – Il risparmio è legato all’ottenimento di migliori prezzi con riguardo alla ventiloterapia domiciliare in esito ad una nuova gara di quadrante a partire dal mese di luglio 2015.

**Medicina di base** – Si è registrato un decremento dei costi riferiti ai MMG e PLS a seguito dell’applicazione del protocollo Regione/OOSS MMG, di cui alla DGR n. 18–4011 del 3.10.2016, per quanto attiene l’ambito relativo alla ricetta dematerializzata, e del protocollo Regione/OOSS medici pediatri, di cui alla DGR n. 17–4010 del 3.10.2016, con riferimento alla ricetta dematerializzata.

\*\*

**Obiettivo 4: Umanizzazione: valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle strutture di ricovero delle ASR**

La Regione, nell’ambito delle iniziative legate al processo di empowerment ed in coerenza con il PSSR 2012–2015, ha contribuito a realizzare il programma nazionale di valutazione partecipata della qualità delle strutture di ricovero, promosso e coordinato da Agenas e dall’Agenzia di Valutazione Civica di CittadinanzAttiva. Le stesse hanno dato mandato alle Aziende Sanitarie Regionali di procedere alla valutazione delle strutture ospedaliere di afferenza.

**1. Azioni intraprese per raggiungere l’obiettivo**

L’équipe locale, appositamente costituita dall’ASL VCO nel corso del 2015, ha completato il processo di valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture ospedaliere di Domodossola e di Verbania con la compilazione, per ogni Ospedale, del format predisposto da Agenas. Ad inizio 2016 si è ricostituita l’équipe locale che ha individuato, in via prioritaria, gli items critici e, dopo un ampio e approfondito confronto, ha ipotizzato delle azioni di miglioramento che sono state classificate sulla base dei criteri che tengono conto della tempistica, dei costi e della rilevanza delle criticità riscontrate.

**2. Risultati raggiunti al dicembre 2016**

La Direzione Generale, **con riferimento all’Ospedale “Castelli” di Verbania e “S. Biagio” di Domodossola**, ha presentato al Collegio di Direzione dell’1.12.16 la proposta della messa in atto di una serie azioni di miglioramento a breve, medio e lungo termine, utili per il superamento delle criticità riscontrate nei 2 presidi, azioni emerse durante il processo di valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle suddette strutture ospedaliere.

ITEM	AZIONI
<b>ITEM 5</b> – Possibilità di consulenza psicologica sulle problematiche della gravidanza, del parto e della patologia ginecologica.	L’azione consiste nell’ampliare l’attività del personale psicologo dipendente che attualmente offre sostegno a pazienti oncologici.
<b>ITEM 9</b> – Orario di visita della struttura sanitaria.	L’azione consiste nell’ampliare l’orario di visita sia nei giorni feriali che nei giorni festivi. con contestuale modifica e ristampa degli opuscoli di reparto e modifica delle informazioni contenute sul sito internet aziendale.
<b>ITEM 24</b> – Presenza di attività/iniziative di informazione circa il diritto delle donne a partorire	L’azione consiste nel validare la procedura interna per la garanzia del parto in anonimato,

in anonimato.	con conseguente miglioramento dell'informazione alle donne in gravidanza.
<b>ITEM 33</b> - Presenza di documentazione informativa multilingue.	L'azione consiste nella traduzione del consenso informato e della modulistica di maggiore diffusione in più di una lingua straniera (francese, inglese, tedesco, russo, cinese).
<b>ITEM 45</b> - Presenza di una o più procedure operative attraverso le quali, al momento della dimissione, è garantita la continuità delle cure con passaggio ad altro setting assistenziale.	L'azione consiste nell'assicurare la continuità delle cure con passaggio ad altro setting assistenziale sette giorni su sette.
<b>ITEM 56</b> - Presenza di posti auto riservati alle donne in stato di gravidanza (parcheggi rosa).	L'azione consiste nel realizzare, all'interno dell'area ospedaliera o nelle immediate vicinanze di entrambe le strutture, di almeno uno stallo riservato alle donne in gravidanza.
<b>ITEM 62</b> - Presenza, nell'atrio principale dell'Ospedale Castelli, di uno o più pannelli aggiornati che indicano l'ubicazione dei reparti.	L'azione consiste nell'implementare il numero dei cartelli indicatori e razionalizzare l'attuale segnaletica.
<b>ITEM 93</b> - Sala d'attesa del Pronto Soccorso con presenza di display luminoso che informa in tempo reale sul numero di pazienti in attesa per ogni codice di triage.	L'azione consiste nell'acquistare idonea apparecchiatura da installare. all'interno dei DEA degli ospedali di Domodossola e di Verbania, e relativo software compatibile con il sistema informatico in uso.
<b>ITEM 98</b> - Possibilità, per gli utenti, di prenotare, presso il CUP, prestazioni erogate dalla struttura sanitaria tramite: sportello con operatore dedicato all'interno della struttura - telefono- MMG- farmacia - sportello CUP sito in strutture convenzionate - sportello CUP sito in strutture dell'ASL nel cui territorio insiste la struttura sanitaria.	L'azione consiste nell'ampliamento del numero di postazioni di prenotazione sul territorio, con il coinvolgimento dei MMG, Farmacie, e dei Comuni che, su base volontaria, possono allestire punti di prenotazione gestiti da personale appositamente formato, allo scopo della messa in rete dei punti di pagamento già presenti all'esterno dell'Azienda.
<b>ITEM 100</b> - Presenza di modalità alternative di pagamento del ticket utilizzabili all'esterno della struttura sanitaria.	L'azione consiste nella messa in rete dei punti di pagamento già presenti all'esterno dell'azienda.

Le azioni sono state approvate dal Collegio di Direzione nella seduta del 1° dicembre 2016, sono state deliberate, con atto n. 545 del 30.12.2016 (All. 29) e verranno realizzate nel corso del 2017. Con il citato atto n. 545 è stato perciò adottato il Piano di Miglioramento.

\*\*

### Obiettivo 5.1: Rete laboratorio analisi: Hub & Spoke

#### Azioni intraprese e risultati raggiunti nel corso dell'anno 2016

La determina n. 178 del 23.3.2015 prevedeva la tipologia delle diagnostiche specialistiche da concentrare nei laboratori HUB, prendendo in esame le seguenti categorie di esami: autoimmunità, allergologia, emostasi specialistica, emoglobine patologiche, farmacologia di secondo livello e parte della sierologia.

**Il trasferimento è stato completato nei tempi programmati e tutti gli esami specialistici sono stati concentrati**

**nel laboratorio di riferimento di Novara (HUB).**

Per dare applicazione alla DGR n. 50-2484 del 23.11.2015 si sono svolte varie riunioni che hanno visto la partecipazione dei Responsabili dei laboratori dell'AIC 3, nel corso delle quali sono state rilevate alcune problematiche. Per risolvere tali criticità sono state messe in atto le seguenti azioni:

- è stato costituito un gruppo di lavoro informatico in modo da gestire e risolvere le questioni rilevate durante il processo di concentrazione delle analisi di Laboratorio;
- sono state perfezionate tutte le parametrizzazioni degli esami di laboratorio;
- si è realizzata un'interfaccia diretta con i fornitori dei sistemi informatici;
- sono state effettuate valutazioni in merito ad eventuali soluzioni informatiche aggiuntive e migliorative da proporre, in vista di ulteriori processi di concentrazione degli esami di laboratorio;
- è stato costituito un gruppo di lavoro dei Coordinatori tecnici dei laboratori. Gli obiettivi assegnati a questo gruppo di lavoro sono stati i seguenti: – eseguire un censimento accurato del personale del comparto operante nei vari laboratori, evidenziando altresì il personale con un rapporto di lavoro part-time e le eventuali esenzioni da specifiche attività, indicando la data delle eventuali prossime quiescenze; – predisporre un piano operativo articolato per la qualità e operatività della fase preanalitica dei campioni; – predisporre un piano operativo per la logistica; – valutare la possibilità di un piano di formazione dipartimentale (Dipartimento Funzionale Laboratori).

Con deliberazione dell'ASL VCO n. 283 dell'8.7.2016 (All. 25) si è preso atto della deliberazione n. 166 dell'11.4.2016 dell'AOU Maggiore della Carità di Novara con la quale è stato attivato il Dipartimento interaziendale funzionale medicina dei Laboratori e nominato il Direttore, con decorrenza 11 aprile 2016. L'obiettivo è quello di garantire percorsi e processi interaziendali condivisi e maggiormente efficienti.

\*\*

## **Obiettivo 5.2: Rete laboratorio analisi: gare centralizzate**

### **1. Azioni intraprese per raggiungere l'obiettivo**

Il Direttore Generale dell'ASL sede di laboratorio Hub, in accordo con le altre aziende sede di laboratori spoke, ha adottato apposita deliberazione riferita all'indizione di gara per almeno un'area diagnostica di grande automazione.

### **2. Risultati raggiunti al dicembre 2016**

La commissione dei Direttori dei Laboratori, nella seduta svoltasi a Borgomanero il 7 Giugno 2016, presieduta dal prof. G. Bellomo, ha identificato **nell'ematologia** la tipologia di gara da effettuare quale "prima gara di grande automazione", proponendo i componenti del nucleo tecnico, da pubblicare entro il 30 settembre c.a. Per l'ASL VCO è stato individuato, come componente del gruppo tecnico, la Dr.ssa Maria Chiara Rolla. Il nominativo (unitamente ai nominativi degli altri componenti del gruppo tecnico individuati dalle altre aziende afferenti l'area sovrazonale) è stato comunicato dal Prof. Giorgio Bellomo, in data 10.6.2016, alla Dr.ssa Ivana Bellora, Responsabile Provveditorato dell'AOU Maggiore della Carità di Novara,

che dovrà gestire la parte amministrativa della gara.

Il Comitato Tecnico per la preparazione del capitolato per la gara dei sistemi analitici per l'esecuzione di esami ematologici del quadrante si è riunito il giorno 25.07.2016. Presenti: la dr.ssa Rolla R. (ospedale maggiore di Novara) la dr.ssa Pelagi (osp. di Vercelli) la dr.ssa Rolla M.C. (osp Verbania) la dr.ssa Francione (osp. di Borgomanero) il dr. Garbaccio (osp. Biella) e la dr.ssa Bellora – (economato di Novara). La dr.ssa R.Rolla ha presentato una bozza di capitolato che è stata esaminata punto per punto correggendo le incongruenze. La bozza corretta è stata inviata ad ogni partecipante che ne ha valutato ulteriormente il contenuto trasmettendo le modifiche suggerite. Il giorno 6.09.2016 si è nuovamente riunita la commissione i cui componenti hanno letto ed approvato l'intero capitolato ed hanno assegnato i punteggi per le specifiche di ogni apparecchiatura, oltre ad inserire le caratteristiche minime indispensabili.

Vi è stata un'ulteriore riunione del Dipartimento dei Laboratori, tenutasi a Novara il 15 novembre, dove i temi in discussione sono stati: interferenza dei NAO sui test di coagulazione specialistica, ricetta de materializzata e sviluppi della gara di ematologia.

### 3. Grado di raggiungimento dell'obiettivo al dicembre 2016

Tutte le azioni previste sono state realizzate.

\*\*

## Obiettivo 6 Piano di assistenza territoriale (PAT)

### Obiettivo 1:

#### Progetto rete regionale cure primarie secondo cronoprogramma definito dal coordinamento regionale dei Direttori sanitari

Con DGR 3-4287 del 29.11.2016 di oggetto “*Interventi regionali e linee d'indirizzo per lo sviluppo del nuovo modello organizzativo dell'Assistenza Primaria, attraverso la sperimentazione delle Case della Salute*” la Regione ha richiesto, entro trenta giorni dalla pubblicazione della DGR, ovvero il 15.12.2016, la predisposizione e l'invio in Regione di progetti specifici, operativi ed organizzativi, articolati su base distrettuale. L'ASL VCO ha inviato, tramite email, in data 31.1.2017 (termine prorogato dalla Regione), n. 4 progetti specifici relativi a:

N° 3	Case della Salute strutturali (Omegna, Cannobio, Crevoladossola)
N° 1	Casa della Salute funzionale (Verbania)

\*

#### Piano di assistenza territoriale (PAT) – Obiettivo 2: – codice LA 20801 + LA 20806: Assistenza programmata a domicilio (ADI)

### 1. Azioni intraprese per raggiungere l'obiettivo

In riferimento al punto 2, codice LA 20801 + LA 20806 – Assistenza programmata a domicilio (ADI), occorre rilevare che, nella predisposizione dell'accordo aziendale 2016-2018 con i MMG, negli obiettivi agli stessi assegnati, l'Azienda ha ricompreso “*l'incremento della presa in carico, in cure domiciliari, dei pazienti ultra*



***sessantacinquenni***".

Inoltre, tenuto conto che, in alcuni condizioni, in particolare quando il paziente necessita di supporto fisioterapico domiciliare, non è possibile attivare le cure domiciliari per carenza di fisioterapisti, l'Asl VCO, per superare questo ostacolo, ha proposto il coinvolgimento delle RSA, sviluppando azioni coerenti con le indicazioni regionali (RSA aperte).

## 2. Risultati raggiunti al 31.12.2016

Alla data del 31.12.2016 i casi di ADI presi in carico sono stati **2.002**, dei quali **1.872** per pazienti > 65 anni.

## 3. Grado di raggiungimento dell'obiettivo al dicembre 2016

I casi di Assistenza programmata a domicilio (ADI) al 31.12.2016 sono stati 1.872, casi che rappresentano il 4,26 della popolazione > 65 anni (popolazione pari a 43.918), rispetto al valore griglia LEA pari a  $\geq 4\%$ . L'obiettivo è stato, perciò, raggiunto.

\*

**Piano di assistenza territoriale (PAT) – Obiettivi 3 – 4: – codice LA 10500 a – codice LA 10500 b**

## 1. Azioni intraprese per raggiungere l'obiettivo

La SSD SISP, afferente al Dipartimento di Prevenzione dell'ASL VCO, ha proseguito, nel corso del mese di dicembre 2016, a completare la realizzazione delle azioni (assegnate con note prot. n. 1917 del 20.9.2016 e prot. n. 23204 del 15.11.2016 a firma del Dirigente del Settore Prevenzione e Veterinaria, Dr. Corgiat) al fine di realizzare gli obiettivi di copertura vaccinale. Si tratta di attività, per gran parte avviate nei mesi di ottobre e novembre.

Nel corso del mese di dicembre sono state messe in atto le seguenti azioni:

- attivazione, in modo organico e corrente, dei flussi informativi previsti con riferimento ai PLS/MMG in merito alle coperture vaccinali;
- programmazione, da parte del RAV, in accordo con il Direttore del Dipartimento Materno Infantile, dei primi incontri, per il 2017, con le donne in gravidanza e le neomamme;
- programmazione, da parte del Direttore del Dipartimento Materno Infantile ed il RAV, di incontri al fine di collaborare con i PLS e le Neonatologie per promuovere la vaccinazione dei bambini pre-termine o con altri fattori di rischio. A seguito degli incontri si è concordato che, a tutti i dimessi dal Centro Immaturi dell'ospedale di Verbania ed a tutti i *late-preterm* dimessi dal Nido di Verbania e Domodossola, verrà consigliato di rivolgersi al Centro Vaccinale dell'ASL VCO per effettuare le vaccinazioni previste, ed in particolar modo quella contro il rotavirus. Tale azione viene messa in atto riportando, sulla lettera di dimissione o nel libretto neonatale regionale, la seguente frase "*rivolgersi al più presto presso il Centro vaccinale ASL per effettuare le vaccinazioni previste (Domodossola tel 0324-491679; Omegna – Crusinallo tel.0323-868045;Verbania tel. 0323-541458)*".

La SSD SISP ha organizzato, in data 4 novembre 2016, un corso ECM sul tema delle vaccinazioni rivolto a Medici Competenti, MMG, PLS, Igienisti ed altre figure professionali. Lo stesso corso è stato riproposto, in seconda edizione, il giorno 27 gennaio 2017.

## 2. Risultati raggiunti al dicembre 2016

Dato di copertura relativo alla **coorte 2013**:

**Copertura ciclo base** = N° vaccinati 1107/n° nati 1181 = 93,7%

**Copertura MPR** = N° vaccinati 1056/n° nati 1181 = 89,4%

Dato di copertura relativo alla **coorte 2014**:

**Copertura ciclo base** = N° vaccinati **N.1070/n. nati 1132 = 94,5 %**

**Copertura MPR** = N° vaccinati **N.1042/n. nati 1132 = 92,0 %**

**Confronto risultati raggiunti tra le coorti 2013 e 2014.**

Ciclo Base

Copertura coorte 2013 = 93,7 %

Copertura coorte 2014 = 94,5 %

**Incremento dello 0,8 %**

Ciclo MPR

Copertura coorte 2013 89,4%

Copertura coorte 2014 92,0%

**Incremento del 2.6 %.**

Poiché i risultati attesi (95% per le due coperture ciclo base e MPR) sono stati ritenuti, dalla Regione stessa, non sempre facilmente raggiungibili, la Regione ha comunicato, con nota della Direzione Sanità, Settore Prevenzione e Veterinaria, prot. 23204 del 15.11.2016, che, nella valutazione dell'obiettivo, verrà considerato, come standard, l'incremento di copertura ottenuto rispetto a quello rilevato l'anno precedente.

L'obiettivo è, perciò, da ritenersi raggiunto per gli incrementi conseguiti, rispetto al 2015, in entrambe le coperture vaccinali.

\*\*

### **Obiettivo 7.1 Tempestività interventi a seguito frattura di femore su pazienti > 65 anni**

#### **1. Azioni intraprese per raggiungere l'obiettivo**

- Priorità di trattamento chirurgico alle fratture di femore
- Azione di informazione e sensibilizzazione nei confronti di tutti gli operatori coinvolti
- Attuazione del protocollo Aziendale specifico per questo percorso

#### **2. Risultati raggiunti al 30.9.2016 (dati ad oggi disponibili, forniti dalla Soc Budget e Controllo)**

	30.9.2016	
	Casi	%
F.C.F. Operato dopo 2 gg	72	68/140 = 48,6%
F.C.F. operato entro 2 giorni	68	
<b>Totale fratture di femore</b>	<b>140</b>	

Valore obiettivo: tasso aggiustato  $\geq 70\%$

#### **3. Azioni che hanno ostacolato il raggiungimento pieno dell'obiettivo**

La carenza di sedute operatorie è un elemento che ha ostacolato il perseguimento pieno dell'obiettivo. La seduta operatoria programmata per la Struttura è il martedì. Rispetto alle fratture che pervengono il venerdì, dopo le ore 16, il sabato e la domenica fino alle ore 8, l'intervento viene effettuato il martedì, quindi oltre le 48 ore. Mentre nessun correttivo si è potuto mettere in atto in caso di problematiche cliniche che impediscono l'intervento tempestivo, a livello organizzativo ci si è mossi al fine di disporre di maggiori sedute operatorie e di eseguire, in regime di "urgenza differita", gli interventi per frattura di femore.

### 3. Grado di raggiungimento dell'obiettivo al dicembre 2016

La percentuale di raggiungimento dell'obiettivo registrata con i dati al 30 settembre è 48,6. La valutazione e in merito al grado di raggiungimento dell'obiettivo potrà essere effettuata quando si disporrà dei dati al 31.12.2016.

\*\*

## Obiettivo 7.2: Proporzione parti con taglio cesareo primario

### 1. Azioni intraprese per raggiungere l'obiettivo

- Riorganizzazione del reparto di Ostetricia Ginecologia.
- Istituzione di un gruppo di lavoro impegnato a predisporre una procedura di monitoraggio e gestione della gravidanza oltre il termine.
- Addestramento del personale infermieristico e ostetrico di reparto per il taglio cesareo d'urgenza.

### 2. Risultati raggiunti al 30.9.2016 (dati disponibili forniti dalla Soc Budget e Controllo)

	30.9.2016	
	Casi	%
Parti cesarei senza pregresso cesareo	95	95/394 = 24,1%
Parti naturali senza pregresso cesareo	299	
Totali parti senza pregresso cesarei	394	

Valore obiettivo: tasso aggiustato  $\leq$  20%

### 4. Grado di raggiungimento dell'obiettivo al dicembre 2016

La percentuale di raggiungimento dell'obiettivo registrata con i dati al 30 settembre è 24,1. La valutazione e in merito al grado di raggiungimento dell'obiettivo potrà essere effettuata quando si disporrà dei dati al 31.12.2016.

\*\*

## Obiettivo 7.3: Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI

## 1. Risultati raggiunti al 30.9.2016 (dati forniti dalla Soc Budget e Controllo)

- **Valore obiettivo** = tasso grezzo > 85%

N° episodi STEMI con PTCA entro 2 giorni	19
N° episodi STEMI	28

- **Risultato aziendale** =  $19/28 = 67,9\%$

La percentuale di raggiungimento dell'obiettivo, registrata con i dati al 30 settembre, è 67,9%. La valutazione è in merito al grado di raggiungimento dell'obiettivo potrà essere effettuata quando si disporrà dei dati al 31.12.2016.

E' in corso, da parte del Direttore della Soc Cardiologia, in sinergia con il Referente della Struttura Controllo di Gestione, una rivalutazione della modalità di compilazione delle SDO con riguardo all'effettuazione di PTCA, vista la necessità di verificare alcuni elementi. .

\*\*

### **Obiettivo 8: Assistenza farmaceutica territoriale ed ospedaliera. Appropriately prescrittiva e riduzione della variabilità**

#### 1. Premessa

**L'obiettivo prevede 11 indicatori regionali**, di cui 8 di pertinenza territoriale e 3 ospedaliera.

Per quanto attiene gli obiettivi relativi alla **farmaceutica convenzionata** è stata data comunicazione scritta a tutti i MMG degli obiettivi assegnati dalla Regione e dello scostamento dell'ASL VCO rispetto alla best performer; inoltre, è stato dato risalto alla variabilità delle prescrizioni del singolo medico rispetto alla media regionale e aziendale, evidenziando, ad ogni prescrittore, lo scostamento. Considerata la ricaduta delle prescrizioni specialistiche sul territorio, analoga comunicazione è stata inviata agli specialisti ospedalieri e convenzionati.

Sono state convocate alcune riunioni con i referenti delle équipes territoriali per discutere, dati alla mano, dell'appropriatezza delle prescrizioni nelle categorie terapeutiche evidenziate e promuovere il confronto tra pari all'interno delle équipes.

Per quanto riguarda gli altri indicatori, che prevedono la promozione dell'utilizzo dei biosimilari, è stata data informazione agli specialisti, dipendenti e convenzionati, sia delle modalità di prescrizione sia sul fatto che occorre prediligere le molecole con il miglior rapporto costo beneficio. Tenuto conto che vi sono anche molte prescrizioni provenienti da specialisti di altre strutture, è stata inviata comunicazione alle Direzioni Sanitarie delle altre aziende regionali, chiedendo il rispetto, per gli assistiti dell'ASL VCO, delle indicazioni regionali.

Nell'ambito del progetto aziendale "*Miglioramento delle cure malattie croniche*" si sono regolarmente svolte le riunioni del "chronic team", prendendo in esame le criticità relative alle prescrizioni di inibitori della pompa protonica, sartani, statine e broncodilatatori. In alcune riunioni sono stati coinvolti anche specialisti e direttori sanitari delle strutture convenzionate ubicati sul territorio dell'ASL VCO.

E' stato predisposto un documento di oggetto "*Criteri di appropriatezza nell'utilizzo degli inibitori della pompa protonica*", che è stato diffuso alle strutture aziendali ed ai medici di famiglia, ed è stato presentato e discusso con i Direttori delle SOC ospedaliere alla presenza di rappresentanti degli specialisti ambulatoriali e dei MMG.

Il protocollo relativo alla terapia antipertensiva è in fase di aggiornamento sulla base delle più recenti Linee Guida italiane ed europee e dei costi attuali delle terapie.

## 2. Risultati raggiunti al 31.12.2016

Indicatore 1. Inibitori di pompa acida (ATC A02BC) .

PERIODO DI RIFERIMENTO: ANNO 2016

n°mesi 12

ATC: A02BC

Descrizione ATC: INIBITORI DELLA POMPA PROTONICA

Assistibili pesati	Spesa Lorda	Confezioni	Confezioni pro capite	Spesa Lorda pro capite	Obiettivo 2016 Spesa pro capite ridotta del 50%	Scostamento vs obiettivo	Obiettivo 2016 Spesa	Scostamento vs obiettivo	Scostamento % vs obiettivo
176.686	€ 1.960.732	330.347	1,9	€ 11,10	€ 11,76	-6%	€ 2.077.986	-€ 117.254	-6%

Il monitoraggio dei consumi evidenzia la riduzione della spesa pro-capite al di sotto della soglia stabilita del 6%.

L'obiettivo è stato quindi pienamente raggiunto.

Indicatore 2. Antibatterici per uso sistemico (ATC J01)

PERIODO DI RIFERIMENTO: ANNO 2016

n°mesi 12

ATC: J01

Descrizione ATC: ANTIBATTERICI PER USO SISTEMICO

Assistibili	Spesa Lorda	Confezioni	Costo medio a confezione	Numero confezioni per 100 assistibili	Spesa per 100 assistibili	Obiettivo 2016 Spesa per 100 assistibili ridotta del 50%	Scostamento vs obiettivo
165.180	€ 1.236.241	153.115	€ 8,07	92,70	€ 748,42	€ 747,49	0%

La spesa per 100 assistibili rapportata al periodo in esame è in linea con il valore soglia stabilito.

L'obiettivo è stato quindi pienamente raggiunto.

Indicatore 3. Renina angiotensina II associati e non (ATC C09C e C09D)

PERIODO DI RIFERIMENTO: ANNO 2016

n°mesi 12

ATC: C09C e C09D

Descrizione ATC: SARTANI

Assistibili	Spesa Lorda	Confezioni	Costo medio a confezione	Obiettivo 2016 Costo/conf ridotto del 70%	Scostamento vs obiettivo
165.180	€ 2.164.324	184.106	€ 11,76	€ 11,36	3%

Per quanto riguarda i sartani, il costo medio per confezione si è ridotto da 12,25€ a 11,76€, con uno scostamento rispetto all'obiettivo del 3%.

La riduzione del costo a confezione non è comunque correlata ad un aumento di prescrizioni di sartani off-patent che, rispetto all'anno scorso, risulta lievemente diminuita.

L'incidenza sulla spesa dei sartani coperti da brevetto è salita dal 44% al 45%.

L'obiettivo non è pienamente raggiunto, però si è notato un miglioramento.

Indicatore 4. Inibitori della HMG reduttasi (ATC C10AA)

PERIODO DI RIFERIMENTO: ANNO 2016

n°mesi 12

ATC: C10AA

Descrizione ATC: STATINE

Assistibili	Spesa Lorda	Confezioni	Costo medio a confezione	Obiettivo 2016 Costo/conf ridotto del 70%	Scostamento vs obiettivo
165.180	€ 1.685.480	152.286	€ 11,07	€ 10,55	5%

Il costo medio per confezione si è ridotto da 11,26 € a 11,07 €, valore al di sopra dell'obiettivo del 5%.

L'obiettivo non è stato pienamente raggiunto, ma occorre considerare che si partiva da un valore vicino a quello dell'azienda best performer.

Indicatore 5. Antidepressivi (ATC N06A)-

PERIODO DI RIFERIMENTO: ANNO 2016

n°mesi 12

ATC: N06A

Descrizione ATC: ANTIDEPRESSIVI

Assistibili	Spesa Lorda	Confezioni	Costo medio a confezione	Numero confezioni per 100 assistibili	Spesa per 100 assistibili	Obiettivo 2016 Spesa per 100 assistibili ridotta del 50%	Scostamento vs obiettivo
176.686	€ 1.160.393	111.422	€ 10,41	63,06	€ 656,75	€ 749,15	-12%

La spesa per 100 assistibili si è notevolmente ridotta, risultando inferiore del 12% rispetto al valore stabilito.

L'obiettivo è stato quindi pienamente raggiunto.

Indicatore 6. Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie (ATC R03A)

PERIODO DI RIFERIMENTO: ANNO 2016

n°mesi 12

ATC: R03A

Descrizione ATC: RESPIRATORI

Assistibili	Spesa Lorda	Confezioni	Costo medio a confezione	Numero confezioni per 100 assistibili	Spesa per assistibile	Obiettivo 2016 Spesa per assistibile ridotta del 70%	Scostamento vs obiettivo
176.686	€ 1.425.476	34.018	€ 41,90	19,25	€ 8,07	€ 8,00	0,84%

Per quanto riguarda il gruppo terapeutico R03A la spesa per assistibile risulta superiore al valore dell'obiettivo dello 0,84%.

Osservando lo scostamento minimo l'obiettivo si può considerare raggiunto.

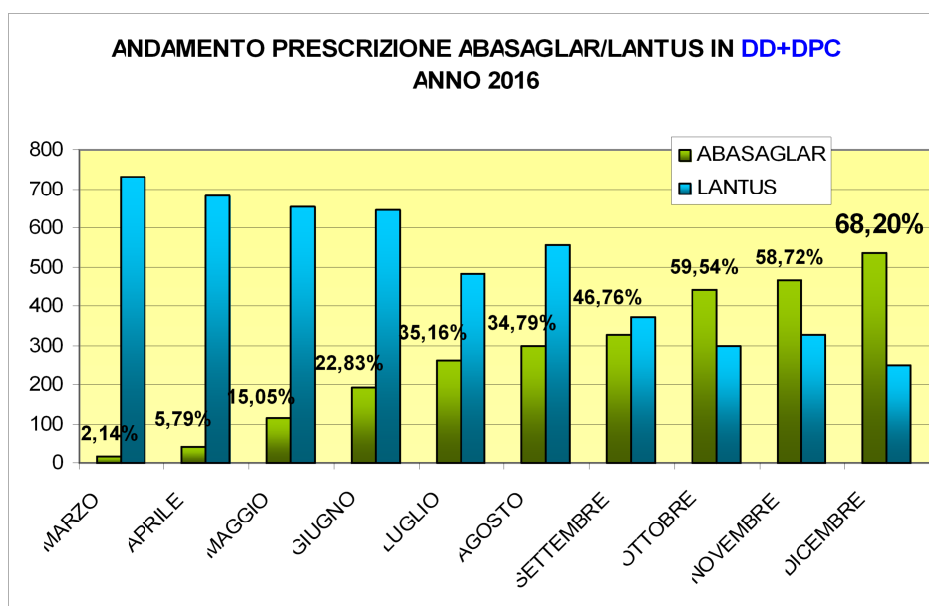
Indicatore 7. Insuline ed analoghi per iniezione, ad azione lenta (ATC A10AE04)

La SOC diabetologia sta procedendo alla sostituzione dell'originator con il biosimilare in tutti i pazienti in cui lo shift è possibile che si rechino ad una visita di controllo. Poiché i diabetologi non possono visitare, in tempi brevi, tutti i pazienti ed il risultato non è ancora ottimale, è stato chiesto ai MMG di effettuare la sostituzione

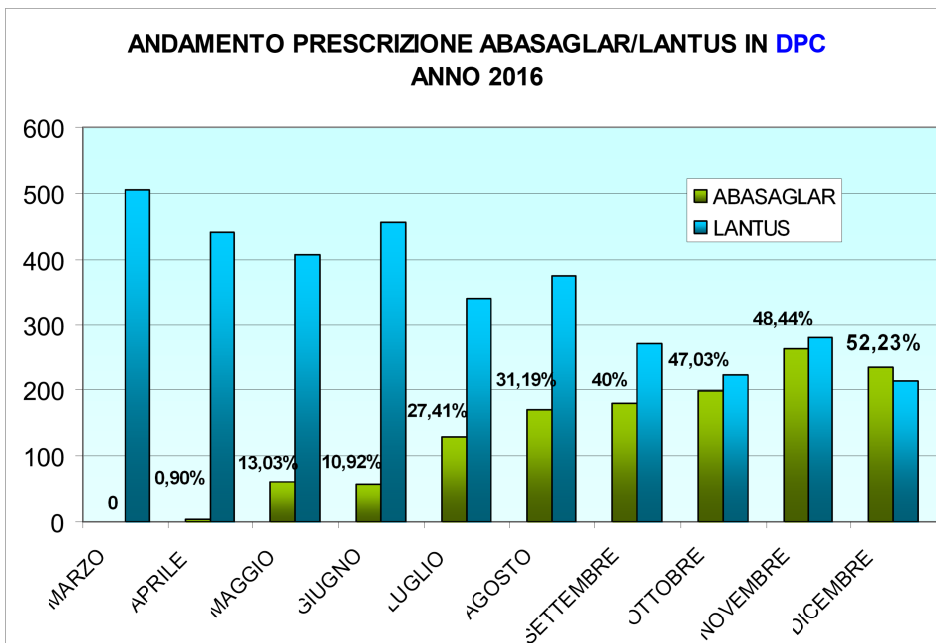
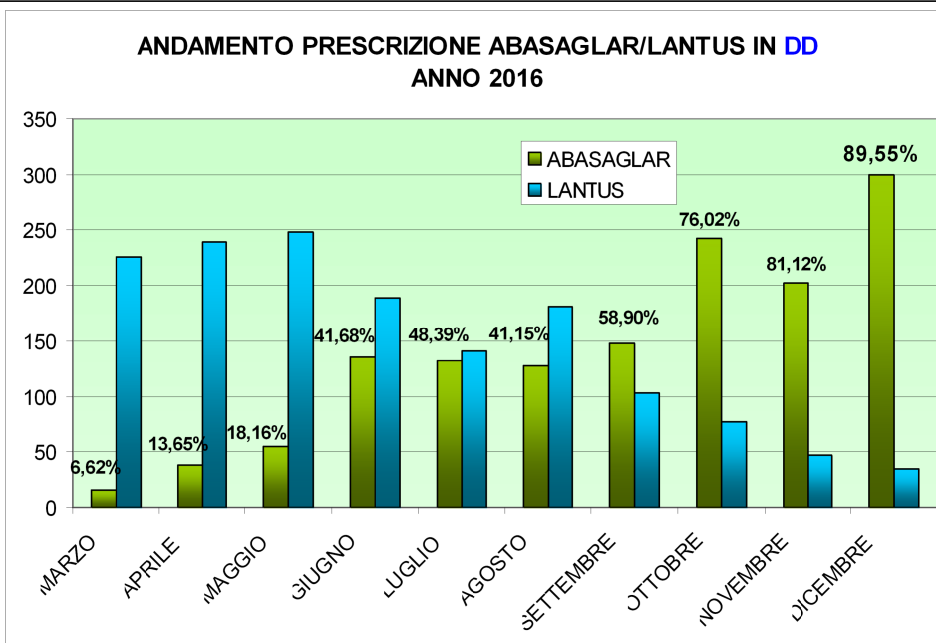
ai pazienti ai quali effettuano la prescrizione.

A10AE04 INSULINA GLARGINE	CONFEZIONI EROGATE NEL periodo:18/04/2016 - 31/12/2016					
	OSPEDALE	% aggiudicatario di gara OSPEDALE	DPC	% aggiudicatario di gara DPC	TOTALE	% aggiudicatario di gara TOTALE
LANTUS	1.107		2.752		3.859	
ABASAGLAR	1.305	54,12%	1.295	32,00%	2.600	40,26%
<b>TOTALE</b>	<b>2.412</b>		<b>4.047</b>		<b>6.459</b>	

Analizzando l'andamento prescrittivo per singolo mese emerge come la percentuale di ABASAGLAR dispensata in totale (canale DD e canale DPC) salga al 68,20% nel mese di dicembre, come evidenziato dal seguente grafico.



Inoltre, sempre relativamente al mese di dicembre, si evidenzia come la percentuale dell'insulina aggiudicataria di gara sia, per quanto riguarda la distribuzione ospedaliera, salita all'89,55% mentre in DPC la percentuale sia del 52,23%.



L'obiettivo si può considerare sicuramente raggiunto per quel che riguarda la distribuzione diretta e parzialmente raggiunto per quanto attiene la distribuzione per conto (DPC).

**Indicatore 8. Fattori di stimolazione delle colonie (ATC L03AA)**

L'incidenza dei consumi, in termini di confezioni erogate, del gruppo L03AA02 sul totale del gruppo L03AA è pari al 98,51%.

Si risente, per il dato in DPC, delle prescrizioni indotte da specialisti regionali ed extra regionali.



### L03AA periodo 01/01/2016 - 30/12/2016

ATC	PRINCIPIO ATTIVO	PEZZI DPC	% filgrastim DPC	PEZZI OSPEDALE	% filgrastim OSPEDALE	TOTALE ASL VCO	% filgrastim ASL VCO
L03AA02	filgrastim	404	91,20%	2.179	100,00%	2.583	98,51%
L03AA10	lenograstim	11		0			
L03AA13	pegfilgrastim	28		0			
<b>TOTALE L03AA</b>		<b>443</b>		<b>2.179</b>		<b>2.622</b>	

L'obiettivo è stato quindi pienamente raggiunto.

Indicatore 9. Altri preparati antianemici (ATC B03XA)

Valgono le considerazioni espresse al punto precedente.

### B03XA periodo 01/01/2016 - 31/12/2016

ATC	PRINCIPIO ATTIVO	DDD DPC	% B03XA01 DPC	DDD OSPEDALE	% B03XA01 OSPEDALE	TOTALE ASL VCO	% B03XA01 ASL VCO
B03XA01	eritropoietine	10.210	87,06%	122.050	92,93%	132.260	92,45%
B03XA02	darbepoetina alfa	918		9.284		10.202	
B03XA03	metossipolietilenglicole enepetina beta	600		0		600	
<b>TOTALE B03XA</b>		<b>11.728</b>		<b>131.334</b>		<b>143.062</b>	

L'obiettivo è stato quindi pienamente raggiunto.

Indicatore 10. Inibitori del fattore di necrosi tumorale Alfa TNF (L04AB)

L'obiettivo risulta assegnato solo alle Aziende ospedaliere.

Indicatore 11. Somatropina ed agonisti della somatropina (ATC H01AC01)

La prescrizione di questi medicinali è esclusivamente in carico a specialisti esterni. Sono stati contattati i prescrittori, per informarli circa gli esiti della gara regionale, ma solo alcuni si sono dimostrati disponibili ad effettuare shift o ad impostare le nuove terapie con il farmaco aggiudicatario. Abbiamo raccolto le relazioni relative alla volontà di non sostituire le terapie in corso.

### H01AC01 periodo 01/01/2016 - 30/12/2016

PRINCIPIO ATTIVO	TOTALE ASL VCO (mg erogati)	% aggiudicatario di gara ASL VCO
somatropina gara 66/2015	2.485	34,21%
somatropina	4.778	
<b>TOTALE</b>	<b>7.263</b>	

L'obiettivo è da valutare non appena si dispone del dato di confronto regionale.

### 3. Grado di raggiungimento degli obiettivi a dicembre 2016

Obiettivo 1 - raggiunto

Obiettivo 2 - raggiunto

Obiettivo 3- parzialmente raggiunto

Obiettivo 4 - parzialmente raggiunto

Obiettivo 5 - raggiunto

Obiettivo 6 - raggiunto

**Obiettivo 7** – raggiunto per distribuzione diretta e parzialmente raggiunto per distribuzione per conto.  
**Obiettivo 8** – raggiunto  
**Obiettivo 9** – raggiunto  
**Obiettivo 10** – obiettivo assegnato solo a ASO  
**Obiettivo 11** – Ob da valutare non appena si dispone del dato di confronto regionale.

\*\*

### **Obiettivo 9.1: Dipartimento funzionale interregionale interaziendale di rete oncologica**

#### **1. Azioni intraprese per raggiungere l'obiettivo**

- Monitoraggio mensile dati attività CAS
- Stesura regolamento CAS.
- Coinvolgimento MMG.

Si è tenuto conto di quanto disposto con la nota a firma del Direttore del Dipartimento della Rete Oncologica del Piemonte Valle d'Aosta, Dr. Bertetto, con la quale sono state fornite indicazioni per la redazione/aggiornamento dei Percorsi Diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA).

#### **2. Risultati raggiunti al 30.11.2016 (dati disponibili)**

**Attività svolta dal CAS dall'1/01/2016 al 30/11/2016:**

- Numero accessi al CAS: **7871**
- Pazienti presi in carico dal CAS: **3793**
- Pazienti nuovi 2016: **1242**
- Pazienti noti: **2551**
- Prime visite: **809**

1. N° pz presi in carico dal CAS/N° pz con accesso all'Azienda con patologia oncologica.  
Nell'ASL VCO tutti i pazienti oncologici che accedono all'Azienda con patologia tumorale afferiscono al CAS.
2. Con deliberazione n. 529 del 30.12.2016 (**All. 30, con allegati 30 a – 30h**) sono stati approvati i seguenti P.D.T.A. dell'ASL VCO, predisposti dai responsabili G.I.C. e C.A.S., in sinergia con il Direttore della Direzione Sanitaria Ospedaliera, con i Direttori di Distretto, con il Responsabile Soc SISTRPO e con il Responsabile della EP Organizzazione, Qualità, Accredimento aziendale:

- PDTA CAS e relativi indicatori
- PDTA GIC oncoematologici
- PDTA GIC tiroide e ghiandole endocrine
- PDTA GIC urologico (neoplasia del rene – neoplasia vescicale – neoplasia prostata – neoplasia testicolo)

3. Con deliberazione n. 528 del 30.12.2016 (**All. 31, con allegati 31 a – 31f**) sono stati approvati i seguenti P.D.T.A. G.I.C. oncologici interaziendali (ed i relativi regolamenti), redatti dall'Azienda in sinergia con l'ASL NO.

- PDTA GIC tumori testa collo

- Regolamento GIC tumori testa collo
- PDTA GIC carcinoma gastrico
- Regolamento GIC carcinoma gastrico
- PDTA GIC Tumori mammella
- Regolamento GIC senologico

E' stato, inoltre, costituito il centro interaziendale di cura per i tumori della mammella.

Con lettera prot. n. 108 del 2.1.2017, a firma del Direttore generale dell'ASL VCO, le deliberazioni n. 528 e 529 sono state trasmesse, via e mail, al Direttore del Dipartimento rete oncologica Piemonte Valle d'Aosta, Dr. Oscar Bertetto.

\*\*

## **Obiettivo 9.2: Screening oncologici – Prevenzione serena– Anno 2016**

### Mammografico

#### 1. Azioni intraprese per raggiungere l'obiettivo

- Stretto collegamento tra UVOS e Radiologie Aziendali per correlare strettamente inviti e livelli di attività mammografica di screening.
- Flessibilità delle Radiologie aziendali nella programmazione delle interruzioni di attività quali chiusure natalizie, pasquali, estive, manutenzione delle apparecchiature, altro, in funzione dell'andamento della copertura inviti.

#### - 2. Risultati raggiunti al 31.12.2016 per il Dipartimento 6

Fonte UVOS ASL NO (vedi documento redatto dal Prof. Magnani in data 7 febbraio 2016):

COPERTURA INVITI :     **93%**           **obiettivo atteso: 85%**  
 COPERTURA ESAMI:     **58%**           **obiettivo atteso: 51%**

Gli obiettivi sono stati raggiunti.

### Colon retto

#### 1. Azioni intraprese per raggiungere l'obiettivo

- Stretto collegamento tra UVOS e Endoscopie Aziendali per correlare strettamente inviti e livelli di attività endoscopica di screening.
- Flessibilità delle Endoscopie aziendali nella programmazione delle interruzioni di attività (chiusure natalizie, pasquali, estive, manutenzione delle apparecchiature, altro) in funzione dell'andamento della copertura inviti.

#### 3. Risultati raggiunti al 31.12.2016 per Dipartimento 6 :

Fonte UVOS ASL NO (vedi documento redatto dal Prof. Magnani in data 7 febbraio 2016):

COPERTURA INVITI :                   **106% fonte CPO, 125% fonte UVOS**     **obiettivo atteso: 85%**  
 COPERTURA ESAMI (FS+FOBT 1°round): **61% fonte CPO, 64% fonte UVOS**     **obiettivo atteso: 40%**

Gli obiettivi sono stati raggiunti.

## Citologico

### 1. Azioni intraprese per raggiungere l'obiettivo

- Stretto collegamento tra UVOS e Consulteri per correlare inviti e livelli di attività di prelievi di screening
- Flessibilità dei Consulteri nella programmazione delle interruzioni di attività (chiusure natalizie, pasquali, estive, manutenzione delle apparecchiature, altro) in funzione dell'andamento della copertura inviti
- Disponibilità del Personale con le donne invitate, in particolare per spiegazioni in tema di HPV TEST

### 2. Risultati raggiunti al 31.12.2016 per Dipartimento 6

Fonte UVOS ASL NO (vedi documento redatto dal Prof. Magnani in data 7 febbraio 2016):

COPERTURA INVITI :	<b>108%</b>	<b>obiettivo atteso: 80%</b>
COPERTURA ESAMI:	<b>41%</b>	<b>obiettivo atteso: 47%</b>

Occorre osservare che, nell'area geografica di appartenenza della ASL VCO, è presente, storicamente, una forte componente di esami privati, che riducono la percentuale di copertura esami del solo screening. Anche se – come ha dimostrato lo studio PASSI – ciò contribuisce ad una copertura esami complessiva molto alta (stimata circa 90%) si ritiene giustificato riconvertire il maggior numero di esami nell'ambito dello screening organizzato per motivi economici e di qualità.

L'obiettivo è raggiunto solo per quanto attiene la copertura inviti.

Sono già state individuate **azioni di miglioramento** per incrementare le percentuali di copertura inviti ed esami per il 2017 ovvero:

- Migliorare completezza e aggiornamento dei recapiti di residenza, poiché attualmente è elevato il numero di inviti inevasi per incompletezza del numero civico o per mancato aggiornamento del recapito di residenza tra database (Comune/ASL).  
Questo risultato è possibile mediante l'aumento dei controlli da parte dei MMG tramite Distretto e da parte del Sistema Informativo dell'ASL VCO. E' prevedibile, in questo ambito, anche l'utilizzo di un progetto con le Scuole ad indirizzo contabile-amministrativo nell'ambito dei programmi "alternanza scuola-lavoro".
- Incrementare le agende di screening presso i Consulteri, riducendo drasticamente le agende dei prelievi impropri di prevenzione extrascreening, al netto della vera attività clinica.  
Questo risultato è possibile tenuto conto che si sta svolgendo una ampia attività formativa che coinvolge gli operatori del PDTA del tumore della cervice uterina anche al fine di raggiungere una completa adesione culturale degli stessi alla riconversione dell'attività di prevenzione nello screening, al netto della vera attività clinica. Ciò coinvolge i MMG, anche in ragione del cambio generazionale dei MMG intervenuto dopo l'avvio, nel 2011, della riconversione dell'attività di prevenzione nello screening, nonché dopo l'avvio della riconversione graduale del test di prevenzione da Pap test ad HPV Test e del diverso periodismo da 3 a 5 anni. Ma il coinvolgimento si estende anche al Personale di Ginecologia, ai Dirigenti Ginecologi, agli Operatori del PDTA della cervice uterina (personale CAS, Oncologia, Ginecologia). Inoltre si prevede un aggiornamento delle istruzioni del Personale agli sportelli CUP e URP.

## Obiettivo 10: Rete trapianti: incremento donazioni d'organo

### 1. Azioni intraprese per raggiungere l'obiettivo

- Invito diretto a tutti i medici Rianimatori, in accordo con il Direttore della SC Anestesia-Rianimazione, a segnalare alla Direzione Sanitaria ogni caso di Morte Encefalica;
- attivazione della Commissione per l'Accertamento di Morte Cerebrale in tutti i casi di morte cerebrale in rianimazione;
- valutazione potenziali donatori in morte cerebrale e proposta di donazione di organi e, se compatibili con l'età, anche delle cornee.
- partecipazione al Corso Regionale per prelevatori di cornee di n. 2 Medici Anestesisti del P.O. di Verbania e di un Medico di Direzione Sanitaria di Domodossola.

### 2. Risultati raggiunti al 31.12.2016

**Le segnalazioni di soggetti in Morte Encefalica (BDI%) durante l'anno 2016 sono state pari:**

- al 65,4% presso il PO San Biagio di Domodossola, pari a 17 Morti Encefaliche su 26 Morti compatibili (valore atteso 2016: 20-40%);
- per il Presidio Castelli di Verbania sono state pari al 33,3%, pari a 1 Morte Encefalica su 3 Morti compatibili (valore atteso di BDI per il 2016 pari al 20-40%). **Pertanto in linea con l'obiettivo fissato.**

Si precisa che, delle 17 Morti Encefaliche accertate a Domodossola, 13 sono state seguite da prelievo di organi e solo in 4 casi c'è stata opposizione al prelievo, con un valore di p.m.p. (donatori per milione di abitanti), rapportato alla popolazione residente del VCO, pari a 76,5 donatori p.m.p.

La difficoltà principale, con riguardo al PO di Verbania, al mantenimento del BDI atteso, comunque in linea con l'obiettivo, è rappresentata dalla minore frequenza di Morti Encefaliche dovuta al fatto che la struttura di Neurologia, dove afferiscono la maggior parte dei pazienti che evolvono eventualmente verso la Morte Encefalica, si trova a Domodossola. Oltre a ciò, si deve tenere conto che l'ASL VCO non è dotata di Neurochirurgia per cui una certa percentuale di pazienti, con patologie cerebrovascolari o traumi cranici, con possibilità di trattamento chirurgico, vengono trasferiti presso l'AO Maggiore di Novara ove, in caso di evoluzione verso la morte encefalica, vengono eseguite le procedure di Accertamento di Morte Encefalica ed eventualmente di prelievo di organi e tessuti.

Un possibile correttivo potrebbe consistere nel considerare i 2 presidi ospedalieri di Domodossola e Verbania come un'unica struttura ospedaliera su cui effettuare i calcoli di BDI.

Per quanto riguarda i **Donatori di cornee**:

- a Domodossola sono pari a 7 (valore 2016 atteso 3);
- a Verbania sono stati 0 (anche in tal caso valore 2016 atteso 3).

Al fine di incrementare il prelievo delle cornee sul P.O. di Verbania, poiché la struttura di Oculistica si trova nel P.O. di Domodossola, con conseguenti possibili problematiche organizzative per effettuare i prelievi di cornee a Verbania da parte degli oculisti strutturati, è stata avviata la formazione al prelievo di cornee di n. 2 medici Anestesisti di Verbania e di un medico di Direzione Sanitaria di Domodossola presso l'Ospedale di

Ivrea. La parte teorica della formazione è terminata resta da concludere la parte pratica con affiancamento agli oculisti dell'ASL VCO per giungere alla abilitazione al prelievo di cornee in autonomia. Tutti e tre i medici coinvolti dovranno seguire altri 2 prelievi in affiancamento per essere definitivamente abilitati a prelevare in autonomia e riuscire così ad incrementare i prelievi di cornee anche nel P.O. di Verbania.

\*\*

## **Obiettivo 11: GdP Antincendio e Antisismica: rispetto della normativa antincendio e antisismica**

### **Rispetto della normativa antincendio**

#### **1. Azioni intraprese per raggiungere l'obiettivo e risultati raggiunti al dicembre 2016**

Con deliberazione n° 147 del 14.4.2016 (All. 32, 32a) è stato nominato, per l'ASL VCO, il Responsabile Tecnico della Sicurezza Antincendio nella figura dell'Ing. Alessandro Aggio.

Il Responsabile RTSA ha predisposto il sistema di sicurezza antincendio, così come previsto dal D.M. 19 marzo 2016.

Con Determina n. 914 del 31.8.2016 (All. 33) e n. 916 del 31.8.2016 (All. 34) l'ASL VCO ha affidato gli incarichi a professionisti abilitati per la redazione dei progetti di adeguamento antincendio relativi alle strutture rientranti nel campo di applicazione del DM 19/03/2015, da presentare ai Vigili del Fuoco.

Sono ancora in corso i lavori di adeguamento della compartimentazione dei filtri antistanti le scale e gli impianti elevatori presso il Presidio Ospedaliero di Verbania. E' in corso la progettazione per la compartimentazione del Corpo ad H del Presidio Ospedaliero di Domodossola.

#### **2. Risultati raggiunti al 31.12.2016**

In data 15.6.2016 l'ing. A Aggio ha prodotto:

- una relazione di sopralluogo sulle criticità in materia di sicurezza antincendio degli immobili dell'ASL VCO rientranti nel campo di applicazione del D.M. 19 marzo 2016;
- una relazione relativa al calcolo degli addetti antincendio necessari alle suddette strutture. Con riferimento a quest'ultimo punto si prevede, a completamento delle compartimentazioni in corso, una riduzione significativa del numero degli addetti antincendio.

E' stato definito il programma per il completamento della formazione degli addetti antincendio di comparto per i presidi ospedalieri di Verbania e Domodossola. I corsi previsti sono iniziati a partire dal mese di settembre (28-29-30 settembre) e sono proseguiti sino a dicembre ( 5-6-7 ottobre; 30 novembre; 1-2 dicembre 2016). Sono già state definite le date per l'anno 2017.

L'Ing. Aggio (RTSA) ha elaborato il documento relativo al sistema di gestione della sicurezza antincendio che è attualmente in corso di verifica ed approvazione.

Sono stati realizzati il 70% dei filtri per la compartimentazione delle scale e gli impianti elevatori presso il Presidio Ospedaliero di Verbania.

La predisposizione dei progetti di adeguamento antincendio da presentare ai VVFF, e la loro realizzazione, comportano oneri economici significativi. E' stata presentata istanza alla Regione al fine di ottenere un finanziamento straordinario per le spese previste per l'organizzazione e predisposizione delle Squadre degli Addetti Antincendio impiegate, in modo esclusivo, nell'arco delle 24 ore.

Le azioni previste per realizzare l'obiettivo sono state messe in atto.

### Rispetto della normativa antisismica

#### 1. Azioni intraprese per raggiungere l'obiettivo

La classificazione delle zone sismiche, introdotta nel 2003, colloca il Presidio Ospedaliero di Verbania e di Omegna in zona "4" (la più bassa) ed il P.O. di Domodossola in zona "3".

Tenuto conto che tutte le costruzioni hanno decenni di vita è stata eseguita, internamente, una valutazione sommaria con i criteri previsti dal DM 14/01/2008. Il risultato è stato che le strutture non sono adeguabili al rispetto dei parametri previsti.

L'unica azione possibile consiste nella realizzazione di un nuovo Presidio Ospedaliero che contenga i padiglioni "assolutamente necessari" in zona facilmente accessibile e con poche limitazioni ambientali.

In attesa della realizzazione del nuovo Presidio Ospedaliero è stato pubblicato il bando di selezione per un professionista incaricato all'espletamento delle attività relative alle verifiche tecniche dei livelli di sicurezza sismica ai sensi dell'OPCM 3274/2003 e s.m.i.

#### 2. Risultati raggiunti al 31.12.2016

La Regione ha comunicato il perseguimento di una intesa con il Politecnico di Torino per predisporre le relazioni storico strutturali propedeutiche all'analisi di vulnerabilità sismica.

Le relazioni elaborate dal Politecnico sono state trasmesse all'ASL VCO.

L'acquisizione di tali elaborati, secondo quanto dichiarato con e.mail del 5 dicembre 2016 dall'Ing. Carlo SALA, Direttore del coordinamento antisismico regionale, **costituisce raggiungimento dell'obiettivo da parte dei Direttori Generali.**

\*\*\*\*

**ALLEGATI (DA N. 1 A N. 34)**